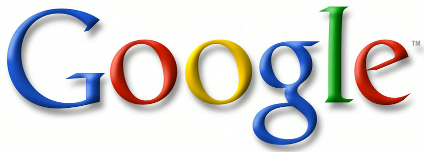
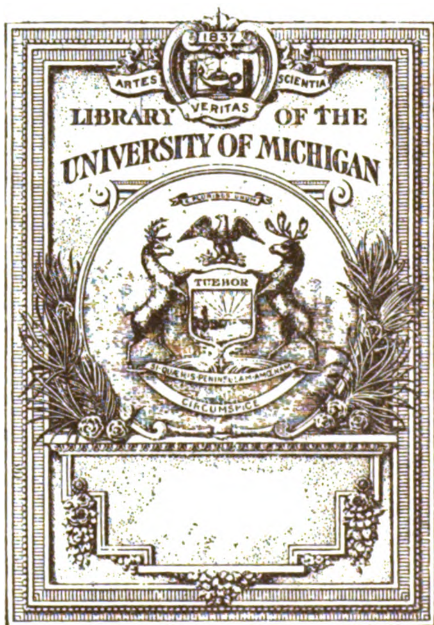



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE

Jahrgang XXXVII. Januar 1921. No. 1.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft
von

herausgegeben
von

GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXVII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1921) **25 Mark.**

Berlin 1921.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt von Fischers medicin. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin, über das Internat. Zentralblatt f. exp. Phonetik „Vox“ bei.

Med. Harr.

Inhalt.

I. Leitartikel.

Seite

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

IV. Kongress- und Gesellschaftsberichte.

V. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVII. Berlin, Januar. 1921. No. 1.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **P. Heymann** (Berlin). **Kriegsschädigungen und Krankheiten der oberen Luftwege.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

H. untersucht den Einfluss der Temperatur, der Verunreinigung der Atemluft, der Unsauberkeit und mangelhaften Hautpflege, die Störungen der notwendigen Funktionen, der anormalen Ernährung, der Anstrengungen, der nervösen und psychischen Momente, der Schall- und Luftdruckwirkung während des Kriegsdienstes auf die oberen Luftwege. Bei häufiger Kombination mehrerer ätiologischer Momente ist es schwierig, die Wirkungsweise der einzelnen Schädigungen zu erkennen. Interessant ist seine Auffassung exzessiver Hypertrophien der hinteren Enden der unteren Muscheln als eine Art Selbstschutz gegen Kälte. Im allgemeinen kommt er zu dem Schluss, dass bei leichteren Fällen ein Versuch mit dem Felddienst zu machen sei, da sogar Heilungen durch den andauernden Aufenthalt im Freien beobachtet worden sind. Schwerere Fälle, namentlich Tuberkulose, luische Zerfallsprozesse, Ozäna müssen natürlich Felddienstfähigkeit ausschliessen.

BRADT.

2) **Luigi Rugani. Ueber den Pemphigus der Mundhöhle, des Nasenrachens und Kehlkopfes mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie. (Sopra il pemfigo orale, rinofaringeo e laringeo con speciale riguardo alle etiologia.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Anno XL. H. 4. Dezember 1920.*

Verf. geht bei seinen Betrachtungen von einem von ihm beobachteten Fall aus mit Erscheinungen auf der Schleimhaut der Mundhöhle und des Rachens, ohne dass er bei wiederholten Untersuchungen Blasenbildung hätte beobachten können. Drei Monate später trat eine Konjunktivitis auf mit Bildung von Pseudomembranen. Auch der Larynx nahm an der Erkrankung teil, indem auf der Epiglottis und den Stimmlippen kleine mit Exsudat bedeckte Abrasionen der Schleimhaut sichtbar wurden. Die Kehlkopfschleimhaut war gerötet und etwas ödematös.

Erst etwa 5 Monate nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen in der Mundhöhle zeigten sich die ersten Pemphigusblasen auf der Haut. Allmählich breitete sich der Pemphigus auf die ganze Körperoberfläche aus. Pat. endete durch Selbstmord. Verf. will zu den beiden bisher unterschiedenen Kategorien von Schleimhautpemphigus — der, bei welcher nur die Schleimhaut beteiligt ist und der, bei welcher gleichzeitig Eruptionen auf der Haut bestehen — eine dritte Kategorie hinzufügen, bei der die Schleimhauterscheinungen denen auf der Haut um lange Zeit vorausgehen.

Verf. erörtert die verschiedenen über die Aetiologie des Pemphigus aufgestellten Theorien.

CALAMIDA.

3) **Gerlach Werner** (Wiesbaden). **Ueber ein Lymphosarkom des Thymus.** *Zeitschrift f. Lar. Bd. 9. S. 473. 1920.*

Ein $3^1/_2$jähriges, schwer rachitisches Kind erkrankt unter heftigen Anfällen von Dyspnoe mit Bewusstlosigkeit und tonischen Kontrakturen der gesamten Körpermuskulatur. Das Röntgenbild lässt einen Tumor im vorderen oberen Mediastinum erkennen. Exitus infolge Asphyxie.

Sektion: Ein Tumor von 13,5 cm Länge, 4—9 cm Breite und 5 cm Dicke, in seiner Lage der Thymus entsprechend, hat die Aorta, die Carotis sin. sowie die Vena cava superior und Vena anonyma umwachsen und die Trachea unterhalb des Krikoidknorpels säbelscheidenförmig zusammengepresst.

Die histologische Untersuchung weist im Tumor spärliche Thymusreste mit typischen Hassalschen Körperchen nach, die Hauptmasse desselben erweist sich als Lymphosarkom.

SCHLITTLER.

4) **William Wesley Carter. Ein Fall von Staphylokokkämie. (A case of staphylococcemia.)** *The Laryngoscope. Juli 1917.*

Frau von 28 Jahren. Tödlicher Verlauf der Krankheit in 18 Tagen. Die Autopsie zeigte den Hals und die Nase voll von eitrigem Schleim. Geschwüre auf der Nasenscheidewand und auf den Muscheln. Ethmoiditis. Die Herzklappen ulzeriert und mit Auswüchsen bedeckt. Kleine metastatische Abszesse in den Lungen. Die Milz auf das Fünffache vergrössert. Blutkulturen während des Krankheitsverlaufs ergaben Staphylokokken. Fieber während der Krankheit 102 bis 105 F.

O. T. FREER.

5) **Maier Markus** (Kattowitz). **Kasuistische Beiträge.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 9. S. 441. 1920.*

1. Fall einer grossen Kieferzyste vom ersten Molarzahn ausgehend, Caldwell-Luc, Heilung.

2. Septumabszess nach Zahnwurzelerkrankung (oberer mittterer Schneidezahn).

3. Optikusatrophie infolge Osteom in der Gegend der Ala minor ossis sphenoidalis von den hinteren Siebbeinzellen ausgehend und durch Röntgenaufnahme nachgewiesen.

4. Trommelfellzerstörung durch Verbrühen mit heisser Flüssigkeit und Trommelfellruptur infolge Einspritzens flüssigen Eisens.

SCHLITTLER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

6) **Edoardo di Lorenzo. Ueber Granulosis rubra nasi. (Sulla granulosi rubra nasi.)** *Atti d. Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della R. Università di Roma. Anno XVII. 1919.*

Verf. berichtet zwei Fälle; beide betreffen Kinder. Er bespricht die Differentialdiagnose dieser Dermatose der äusseren Nase gegenüber den verschiedenen Lupusformen, speziell dem Lupus erythematodes und dem Lupus pernio. Es folgen Betrachtungen über die Natur der Krankheit und ihre Behandlung.

CALAMIDA.

7) **L. L. Stanley. Refraktur der Nase. (Nasal refracture.)** *The Laryngoscope. Januar 1917.*

Faustschläge treffen die Nase mit Vorliebe. Ist die Gewalt nicht gross, so entgehen die Nasenbeine oder die Processus frontales des Oberkiefers dem Bruch, aber der Nasenscheidewandknorpel wird verkrümmt, aus seinen Gelenken gelöst und das Pflugscharbein und das Siebbein werden disloziert, so dass eine dauernde Verlegung der Nase entsteht. (Meine Erfahrung bei der submukösen Resektion der Nasenscheidewandverbiegungen hat mir gezeigt, dass Scheidewandbrüche ausser bei schwersten Verletzungen, ausschliesslich im Knorpel liegen. Beweis eines geheilten Bruches des Vomers oder der Siebbeinplatte oder einer Dislokation des Scheidewandknorpels aus seinen Gelenksverbindungen durch Gewalt ist mir nie begegnet. Ref.) Veraltete Nasenbrüche werden nach Stanley durch Hammerschläge gegen die konvexe Seite der verunstalteten Nase in der Narkose ausgeglichen. Die Nase wird dann tamponiert.

O. T. FREER.

8) **Armengaud** (Cauterets). **Hypertrophische Rhinitis und Tuberkulose. (Fréquence de la rhinite hypertrophique chez les anciens tuberculeux.)** *L'Oto-Rhino-Laryngol. Internat. August 1920.*

Verf. glaubt einen Zusammenhang zwischen den zwei genannten Affektionen nachweisen zu können; bei 80 pCt. seiner Fälle mit Rhinitis hypertrophica fanden sich Zeichen aktiver oder überstandener Tuberkulose. Die Hypertrophie ist das Zeichen eines Entzündungsvorganges infolge der Toxinausscheidung im lymphatischen Gewebe der Nase, sie ist ein prognostisch günstiges Zeichen.

SCHLITTLER.

9) **Mignon. Behandlung der spastischen Rhinitis.** *Rev. de Laryng., d'Otol. et de Rhinol. August 1920.*

M. hat gefunden, dass, wenn die Niesanfälle durch die Anwesenheit eines Tieres (Pferd, Schaf, Hund) verursacht werden, die beste Behandlung in Injektionen mit dem Serum desselben Tieres bestehen; in gewissen Fällen kann es notwendig werden, ein besonderes Serum aus des Tieres Proteinen, Haar oder Haut, zu präparieren. M. gibt folgende Dosen: Ersten Tag $^1/_4$ ccm, zweiten Tag dieselbe Dosis, dritten Tag $^1/_2$ ccm, vierten Tag $^3/_4$ ccm, fünften Tag 1 ccm, sechsten Tag 2 ccm, siebenten Tag 4 ccm, achten Tag 6 ccm, neunten Tag 10 ccm, zehnten Tag 10 ccm. Nach dem zehnten Tag erwies sich der Pat. als immun und zeigte

keine Anzeichen von Anaphylaxie, weder nach den Injektionen — was zuerst der Fall gewesen war — noch bei Anwesenheit des Tieres. FINDER.

10) Gherardo Ferreri. **Ueber die Aetiologie und die pathologische Anatomie der Ozäna. (Sulla etiologia e sull' anatomia patologica dell' ozena.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della R. Università di Roma. Anno XVII. 1919.*

Verf. lässt die verschiedenen über die Aetiologie der Ozäna aufgestellten Theorien Revue passieren und berichtet über eigene Versuche, die darauf abzielen, festzustellen, ob die Tränendrüse einen tropho-neurotischen Einfluss auf die Nasenschleimhaut besitzt. Zu diesem Zweck wurde bei Schosshunden, die besonders leicht zu Nasenkrankheiten neigen, auf einer Seite die Tränendrüse in toto entfernt, während sie auf der anderen Seite zur Kontrolle erhalten blieb. Nach drei Monaten wurden die Tiere getötet und durch beide Nasenhöhlen Serienschnitte gemacht; schon mit blossem Auge waren Strukturveränderungen des Skeletts und der Schleimhaut an den Muscheln auf der Seite, wo die Tränendrüse abgetragen worden war, zu konstatieren. Die untere Muschel sowie die Bekleidung des Septums auf der betreffenden Seite waren atrophisch, das Drüsengewebe erheblich reduziert, das Perichondrium des Septums verdünnt, der Septumknorpel verfällt einer Art von Rarefikation (Abbildung). Verf. schliesst, dass der Verlust der Tränendrüse einen direkten Einfluss nicht nur auf die Mukosa, sondern auch auf das knorplig-knöcherne Gerüst der Nase hat und zu Veränderungen führt, die zur Atrophie neigen. Der Versuch, durch Einlegen von Wattetampons, die mit Ozänasekret getränkt waren, in der nach Verlust der Tränendrüse atrophisch gewordenen Nasenhöhle einen der Ozäna ähnlichen Prozess herbeizuführen, fiel negativ aus; ebenso ergaben die bakteriologischen Untersuchungen ein negatives Resultat. Verf. ist geneigt, seine Versuche zu Gunsten der Theorie von einer tropho-neurotischen Grundlage der Ozäna verwerten zu wollen, ohne dass er jedoch die bakteriologische und die anatomische Theorie ausschliesst. CALAMIDA.

11) Bruno Bruzzi. **Ueber die Glykophilmethode bei der Behandlung der Ozäna. (Sul metodo glicofilico nell trattamento dell' ozena.)** *Arch. Ital. di Otologia. Vol. XXXI. H. 5/6. 1920.*

Die Behandlung richtet sich speziell gegen das Symptom des Fötors. Das Prinzip beruht auf folgenden Erwägungen: Der Fötor entsteht durch Zersetzung von Proteinsubstanzen. Die Tätigkeit der Perezbazillen ist auf diese Fermentation gerichtet. Unter den zahlreichen, in der normalen Nase vorhandenen Bakterienformen finden sich auch einige Arten von Staphylokokken und Kokken, die glykolytisch genannt werden wegen ihrer ausgesprochenen Fähigkeit zur Fermentierung von Zucker. Zweck der Behandlung ist, die Aktivität der glykolytischen Mikroorganismen zu steigern auf Kosten der proteolytischen Tätigkeit der Perezbazillen. Ausserdem bedürfen die auf die Proteinsubstanzen wirkenden Bakterien ein alkalisches Medium; durch die Zuckerfermentation aber wird Säure produziert und damit ein Medium geschaffen, in welchem die proteolytische Aktivität der Perezbazillen gehindert und die Bazillen selbst zerstört werden.

Verf. hat Laboratoriumsversuche gemacht und ist dann zur Behandlung von Kranken geschritten. Es wurde mittels Wattetampons eine Lösung von Glykose oder von Honig in alle Buchten der Nasenhöhle gebracht, und zwar 3—4mal am Tage. Ambulant behandelte Kranke wurden angewiesen, mehrmals am Tage eine Lösung von Honig in Wasser oder von Glykose in Wasser und Glyzerin in die Nase zu zerstäuben. Verf. hat 22 Pat. behandelt; Fötor, Kopfschmerzen und Borkenbildung verschwanden bei allen. Verf. gibt aber zu, dass in einigen Fällen, wenn die Behandlung kurze Zeit ausgesetzt wurde, der Fötor wiederkam.

CALAMIDA.

12) **D. J. de Levie** (Rotterdam). **Ozänabehandlung nach Griessmann.** *Nederl. v. Geneesk. II. 25. S. 2658. 1920.*

In 15 Fällen wurden günstige Resultate erzielt durch die Einblasungen mit „Ozänan“, ein Pepsin enthaltendes Pulver (Passows Beiträge, Januar 1920). Das Spülwasser enthält keine Krusten mehr.

v. GILSE.

13) **A. Scheibe. Zur Behandlung der Papillome und papillomatösen Karzinome in der Nase.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

Aus 3 Fällen eigener Beobachtung, sowie unter Berücksichtigung der Literatur kommt Sch. zu dem Schlusse, dass die anatomisch zwar gutartiger erscheinenden, klinisch aber bösartigen Papillome der Nase (sie durchwachsen die knöchernen Wände und dringen unter anderem in die Schädelhöhle ein) durch Röntgen- und Radiumbehandlung dauernd geheilt wetden können. Dasselbe trifft für die weniger bösartigen Papillome des Kehlkopfes zu. Eine vorhergehende Operation ist für den Erfolg nicht nötig. Gleichzeitig wird bemerkt, dass auch die Karzinome, welche einen exquisit papillomatösen Bau haben, der Strahlenbehandlung gegenüber eine Ausnahmestellung einnehmen, insofern, als sie viel stärker einschrumpfen als die anderen Krebse der oberen Luft- und Speisewege. Die Frage, ob Rezidive dauernd ausbleiben können, bleibt vorläufig noch offen. Es empfiehlt sich daher, die noch operablen papillomatösen Karzinome erst zu operieren und dann zu bestrahlen.

BRADT.

14) **Uffenorde** (Göttingen). **Entstehungsweise und Rückfallneigung der Nasenpolypen.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

U. vertritt den Standpunkt, dass man sowohl dem serösen, wie dem eitrigen Katarrh der Nase und der Nebenhöhlen, eine, wenn auch bedingte Selbständigkeit einräumen müsse, die meist schon in akuten, mehr noch in chronischen Fällen nicht zu verkennen ist. Diese Forderung findet eine Stütze in der Bewertung der nach der Infektion eintretenden histogenetischen Vorgänge. Die Unterscheidung beider Katarrhformen ist klinisch durchführbar und wünschenswert, sie ist auch histologisch zulässig. Die Unterscheidung tritt klinisch deutlicher hervor als histologisch. Das histologische Bild erleidet vielfach Trübungen dadurch, dass entsprechend den zahlreichen Schädlichkeiten, welche die Nase treffen, häufig Entzündungen Platz greifen — ohne deren Residuen man die rein seröse Entzündung noch häufiger würde nachweisen können.

Die Polypen der Nasenhöhle entstehen nicht durch Reizung des aus einer entzündeten Nebenhöhle abfliessenden Eiters, sondern sie sind als Symptom und Folgezustand des serösen Katarrhs zu deuten. Bei der primär eitrigen Entzündung kommt es nicht zur Polypenbildung, weil die histologischen Vorgänge es verhindern. So sieht man auch z. B. bei der Rhinitis atrophicans cum ozaena so gut wie nie Polypenbildung, trotzdem oft die Nebenhöhlen beteiligt sind. Besteht Polypenbildung und Eiterung gleichzeitig, so ist die Polypenbildung das Primäre. Der Polyp entsteht da, wo das auftretende entzündliche Oedem unbehindert durch Infiltrations- und Proliferationsvorgänge das Gewebe aufquellen kann und wo nur an einzelnen Stellen durch spärliche Gefässe und Drüseneinlagerungen die Quellungstendenz behindert ist. Hier entstehen grob gewulstete Oberflächenerhebungen — serös-katarrhalische Schwellung. Bei den eitrig-katarrhalischen Infiltrations- und Proliferationsvorgängen kommt es nur zur Falten- und Zottenbildung und die gleichzeitig auftretende, entzündliche Fixation der Schleimhaut an das Periost lässt eine ödematöse Aufquellung nicht zu. Wenn die infolge des serösen Katarrhs stark gewulstete Schleimhaut durch Zerrung, Abschnürung weiter in der Zirkulation behindert ist, gibt das lockere Gewebe unbeschränkt nach und es kommt zur Polypenbildung. Die Entfernung der Polypen hebt aber den ätiologisch in Betracht kommenden pathologisch-anatomischen Zustand der Schleimhaut nicht auf, so dass auf der gleichen Basis wie die entfernten, auch neue Polypen sich bilden.

BRADT.

15) **Hubert. Choanalpolyp. (Polype des choanes.)** *L'Oto-Rhino-Laryngologie Internat. August 1920.*

Rezidivierender Choanalpolyp von Mandarinengrösse bei einem 14jährigen Kinde, Entfernung mittels der Schlinge.

SCLLITTLER.

16) **Alexander** (Wien). **Zur Technik der submukösen Septumresektion der Nasenscheidewand nach Killian.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jahrg. 54. S. 839. 1920.*

Verf. empfiehlt an Stelle der üblichen Anästhesierung mit Injektion von Novokain-Adrenalin, welche er für nicht ungefährlich hält, das Einlegen von Wattebauschen, getränkt mit 6—10proz. Novokain- oder Alypin-Adrenalinlösung. Nach 15—20 Minuten könne dann die Operation in idealer Schmerzlosigkeit und Blutleere ausgeführt werden.

Ferner beschreibt Verf. noch näher eine Nadel zur Naht der Schnittstelle vorne am Septum, ausserdem empfiehlt er das Einlegen eines Gummidrains in den unteren Nasengang anstatt der Gazetamponade.

SCHLITTLER.

17) **Gala. Hypophysentumor.** *Casopis Lékaruv Ceskych. No. 1. S. 9. 1921.*

14jähr. Knabe, Nausea, Kopfschmerzen seit 2 Jahren, Abnahme des Gesichtsvermögens seit 4 Monaten bis zur völligen Blindheit. Hypoplasie des Hodens. Sonst neurologisch und rhinologisch normaler Befund. Im Blute deutliche Lymphozytose 38,3 pCt., leichte Mononukleose 14 pCt. und Eosinophilie, Verminderung der Neutrophilen.

Behandlung: Schilddrüsen- und Hypophysenextrakt; sichtbarer Erfolg nach 5 Wochen. Visus R. und L. $^{6}/_{60}$. Beiderseitige komplette bitemporale Hemianopsie.

R. IMHOFER.

18) **Walter Howarth. Endonasale Hypophysisoperationen. (Sellar decompression for pituitary tumours.)** *The Journ. of Laryng., Rhin. and Otology. Februar 1920.*

Von den 5 Fällen des Verf.'s wurde einer mittels der sublabialen Septumresektionsmethode nach Cushing, einer nach der paranasalen Methode (Chiari und Kahler) und drei nach der endonasalen Methode nach Hirsch operiert. Ein Fall starb am Tage nach der Operation infolge einer Blutung in eine intrakranielle zystische Ausdehnung des Tumors. Drei von den anderen wurden infolge der Entlastung auf verschieden lange Zeit erheblich gebessert. Diese Besserung betraf besonders den Druck und die Zerebralerscheinungen; hinsichtlich der Augensymptome war das Resultat ziemlich enttäuschend. Zwei der Fälle erwiesen sich als maligne, ein Peritheliom und ein Endotheliom; dies wurde festgestellt durch mikroskopische Untersuchung der bei der Operation entnommenen Gewebsstücke. In einem dieser beiden Fälle wurden 50 mg Radium in 6wöchentlichen Intervallen mit augenscheinlichem Erfolg eingelegt. In dem anderen Fall wurde die Radiumtherapie erst 4 Monate nach der Operation eingeleitet. Am 7. Tage starb Patient plötzlich. Die Obduktion ergab, dass es sich um einen Tumor von gewaltiger Ausdehnung handelte; so waren z. B. beide Sinus cavernosi mit Tumormassen ausgefüllt.

FINDER.

19) **Harry L. Pollock. Wichtigkeit der inneren Sekretion bei Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, mit besonderer Beziehung auf die Hypophysis. (Importance of the internal secretions upon ear, nose and throat affections with special reference to the hypophysis.)** *The Laryngoscope. Mai 1917.*

Studien an Versuchstieren mit Entfernung der Zirbeldrüse, des Thymus oder der Nebennieren wurden sehr durch das schnelle Eintreten des Todes der Tiere nach der Operation erschwert.

P. beschreibt sehr vollständig die anatomischen Eigenheiten und, soweit bekannt, die physiologischen des Thymus, der Hypophysis und der Nebennieren, aber es wird fast nichts in bezug auf den Einfluss dieser Eigenheiten auf Hals, Nase und Ohr gesagt. Hingegen wird aber ein Fall von Entfernung der Hypophysis sehr lehrreich mit Abbildungen beschrieben. Der von Jos. C. Beck angegebene Weg zur Zirbeldrüse wurde befolgt, welcher durch die Kieferhöhle, die hinteren Siebbeinzellen und die Keilbeinhöhle führt. Durch diese Methode wird viel mehr Raum als bei dem pernasalen Weg gewonnen. Mit der Kurette wurden die hinteren Siebbeinzellen von der Kieferhöhle aus eröffnet und die Zwischenwand, die sie von der Keilbeinhöhle trennt, eröffnet. Die Wand zwischen den beiden Keilbeinhöhlen wurde dann zerstört und die hintere obere Wand der Keilbeinhöhle mit einer besonderen langen Fraise entfernt, die Zirbeldrüsengegend so frei gelegt. Der Patient genas.

O. T. FREER.

20) **Benölken. Ueber die Ursache der Nebenhöhlenabschattung im Röntgenbilde.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 33. H. 1/2. S. 130.*

B. hat durch Versuche nachgewiesen, dass das dunkle Schattenbild der Nebenhöhlen durch ihren Luftgehalt bedingt ist und nicht durch geringeres Absorptionsvermögen. Dementsprechend wird die Verschleierung nicht durch Eiter oder verdickte Schleimhaut, sondern durch Luftverdrängung erzeugt. So kann es kommen, dass erkrankte Zellen röntgenologisch keine Verschleierung ergeben, nämlich wenn sie nicht ganz luftleer sind oder wenn sich vor oder hinter ihnen noch lufthaltige Zellen befinden. BRADT.

21) **Herbert Tilley. Entzündliche Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (Inflammatory lesions of the nasal accessory sinuses.)** *Brit. med. Journ. 25. Dezember 1920.*

Vortrag in der Chir. Sektion der Brit. med. Assoc., enthaltend die hauptsächlichsten für den allgemeinen Praktiker in Betracht kommenden Fingerzeige für die Diagnostik und Behandlung, besonders des Antrumempyems. FINDER.

22) **Bernhard Hirschmann** (Frankfurt). **Ueber Schussverletzungen der Nebenhöhlen der Nase mit Beteiligung der Schädelhöhle.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 9. S. 447. 1920.*

Der Arbeit liegt das Material der Frankfurter Universitätsklinik für Hals- und Nasenkranke (Prof. Spiess) zu Grunde. Es wurden von 1914—18 187 Kopfschussverletzungen beobachtet, wovon 83 mit Beteiligung der Nebenhöhlen, 94 ohne eine solche. Während die reinen Kiefernhöhlenverletzungen weniger gefährlich verlaufen und hie und da sogar ohne operativen Eingriff heilen können, empfiehlt Verf. die Verletzungen der übrigen Nebenhöhlen immer operativ anzugehen und zwar stets so radikal wie möglich, da die Ausdehnung der Zerstörung oft trotz Röntgenuntersuchung nur schwer festzustellen ist. Ist eine Schädelbasisverletzung oder ein Eindringen des Geschosses in die Gehirnmasse erwiesen, so muss, wie auch bei endokraniellen Komplikationen, sofort operiert werden. Die Diagnose der im Stirnhirn lokalisierten Entzündungsprodukte ist infolge der oft sehr geringen Symptome schwierig. Die Eröffnung des Hirnabszesses erfolgt am besten von der Stelle der Verletzung aus, der Abszess soll breit eröffnet, aus allen Nischen der Eiter abgesaugt oder abgetupft werden; die Nachbehandlung besteht in täglicher Tamponade mit Jodoformgaze, wobei immer wieder alle Teile der Abszesshöhle abzusuchen sind. Auf diese Weise entsteht nie eine Retention, die Wundhöhle heilt von innen nach aussen im Laufe von 2—4 Monaten.

Die 2. Form der zerebralen Komplikationen bei Nebenhöhlenschädelbasisverletzungen ist die Meningitis, welche Verf. in 9 Fällen beobachtet hat (5mal infolge Ventrikeldurchbruchs, 2mal ausgehend von der zertrümmerten Lamina cribrosa, 1mal infolge Durchbruchs eines Schläfenlappenabszesses nach der Gehirnoberfläche und 1mal infolge Infektion bei direkter Verletzung der Stirnhöhlengegend). Die Prognose ist infaust selbst bei gänzlicher Ausräumung des Krankhaften.

Bei Besprechung der Operationsmethoden tritt Verf. für ein möglichst radikales Vorgehen ein, das Operationsfeld soll ausgedehnt freigelegt werden, um alle Splitter und Teile, welche nicht mehr zu erhalten sind, auszuräumen. Wenn möglich sollen alle Siebbeinzellen entfernt und vor allem das Dach der Orbita übersichtlich freigelegt werden, um auch tiefer gelegene Teile zu übersehen, reichen doch Defekte oft bis in die mittlere Schädelgrube.

Der Arbeit sind 23 entsprechende Krankengeschichten und 4 Röntgenbilder angefügt.

SCHLITTLER.

23) **Marc Paunz** (Budapest). **Ueber die Komplikationen der Nebenhöhlenentzündungen der Nase bei Kindern.** Aus der Univ.-Kinderklinik Budapest. *Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 93. S. 313. 1920.*

Bericht über 11 operierte Fälle von Nebenhöhlenentzündungen nach Schnupfen, Anginen, Masern, Scharlach, Diphtherie, Typhus und bei Tuberkulose, ausserdem 1 Fall von Mucocele fronto-ethmoidalis.

DREYFUSS.

24) **P. Watson-Williams. Latente Keilbeinhöhleneiterung bei Kindern mit rezidivierenden Adenoiden und Appendizitis. (Latent sphenoidal sinusitis in children with recurrent adenoids and appendicitis.)** *The Journ. of Laryng., Rhin. and Otology. April 1920.*

Verf. bringt die Krankengeschichten zweier Brüder von 11 bzw. 13 Jahren mit Appendizitis und rezidivierenden Adenoiden bei latenter Keilbeinhöhleneiterung. Er hat so viele Fälle von rezidivierenden Adenoiden einerseits und Appendizitis andererseits gesehen, die mit Infektion von Nebenhöhlen verbunden waren, dass sich ihm der Schluss aufdrängt, dass Sinusinfektion eine der Ursachen dieser klinischen Komplikationen darstellt.

FINDER.

25) **Sidney Yankauer. Die Rosenmüller-Grube vom rhinologischen Standpunkt. (The fossa of Rosenmueller from the rhinologist standpoint.)** *The Laryngoscope. Dezember 1917.*

Die entzündete vergrösserte Rachenmandel soll mit der Spitze der Ohrtrompete verwachsen und die Verwachsung nach Resorption der Rachenmandel nach der Pubertät in der Form von Narbensträngen die Schleimhaut des Fornix pharyngis und der hinteren Rachenwand mit der Ohrtrompete verbinden. In diesen Fällen, sagt Yankauer, ist es die Schleimhaut und nicht die feste knorpelige Ohrtrompete, welche durch den Narbenzug verzogen wird, so dass die Rosenmüller-sche Grube dadurch aus einer Grube in eine Fläche verwandelt wird. Wo die Schleimhaut von einer Ohrtrompete zur anderen ausgespannt wird, kann die dadurch erzeugte Verlegung des Luftstroms der durch die gewesene Rachenmandelhypertrophie bewirkten völlig gleich kommen.

Yankauer weist darauf hin, dass die Rosenmüller'sche Grube der einzige Teil des Nasenrachenraums ist, welcher nicht von Muskulatur umgeben ist, so dass Zusammenziehung der Muskeln des Rachens die Grube nicht von anwesendem Sekret befreien kann. Die Anwesenheit von Sekret in der Rosenmüller-

schen Grube soll immer auf Nebenhöhlenerkrankung hinweisen (Warum? Ref.). Die Anwesenheit von klarem dickem Schleim, der über die Spitze der Ohrtrompete vor der Plica salpingo-nasalis herabfliesst, soll Zeichen einer katarrhalischen Entzündung der hinteren Nebenhöhlen sein und nach des Verf.'s Erfahrung soll diese charakteristisch genug sein, um ein operatives Vorgehen zu rechtfertigen! Die Plica salpingo-nasalis erstreckt sich von der Ohrtrompete aufwärts zur Fornix pharyngis und liegt nach vorn von der Rosenmüller'schen Grube. Adhäsionen sollen zur Retention von Sekret in der Grube führen, welches faulig werden und Ursache schlechten Geschmacks und Geruchs sein kann. (Der Aufsatz ist sehr gut geschrieben, hat aber die Neigung seltene pathologische Zustände als neu entdeckte, häufige darzustellen. Ref.) O. T. FREER.

26) **Henri Meyer. Akute Entzündung der Rachenmandel im Anschluss an Grippe. (Adenoïdite aigue post-grippale.)** *L'Oto-Rhino-Laryngol. Internat. August 1920.*

Bei einem 3jährigen grippekranken Kind glaubt Verf. als Ursache für das kontinuierliche Fieber eine akute Entzündung der Rachenmandel verantwortlich machen zu sollen. (Eine Spiegeluntersuchung des Retronasalraumes war unmöglich. Gestützt auf das Ergebnis der digitalen Exploration die Diagnose zu stellen, erscheint uns sehr gewagt. Ref.) SCHLITTLER.

c) Mundrachenhöhle.

27) **Horner. Lupus des harten und weichen Gaumens.** Ges. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 25. April 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 41. S. 1152. 1919.*

Ein 53jähriger bis dahin gesunder Glasbläser liess sich den zweiten oberen Molaris extrahieren. Durch den hierdurch entstandenen Epitheldefekt drangen Tuberkelbazillen ein, da in den Glasbläsereien die Mundstücke zu den Glasbläserpfeifen gemeinsam benutzt werden. Es entstand ein Lupus des harten und weichen Gaumens (positiver Pirquet). R. HOFFMANN.

28) **Dufourmantel. Gaumenlähmung bei Encephalitis lethargica.** *Rev. de Laryng., d'Otol. et de Rhinol. 31. August 1920.*

Ein 6jähriges Kind, dessen Schwester im Januar an Encephalitis lethargica gestorben war, erkrankte im Mai fieberhaft; es blieb eine auf die rechte Seite des Gaumensegels und Pharynx beschränkte Lähmung zurück. Es waren keine Anzeichen von Diphtherie vorhanden gewesen; Schick'sche Reaktion positiv. Im Juni erkrankte ein jüngerer Bruder an der myoklonischen Form der Encephalitis lethargica. Verf. meint, dass es sich auch bei dem berichteten Fall um eine Encephalitis lethargica gehandelt habe und dass Gaumensegellähmungen unaufgeklärten Ursprungs bisweilen auf diese Erkrankung zurückzuführen seien. In diesem Fall kam übrigens die Gaumensegellähmung zur Heilung. FINDER.

29) **Reverchon und Worms. Verwachsung des perforierten Gaumensegels mit der Rachenwand, Phonations- und Schlingstörungen, operativer Misserfolg, Applikation einer Prothese. (Symphyse vélo-palatine avec perforation du palais. Troubles de la phonation et de la déglutition. Echec du traitement opératoire; pose d'un appareil prothétique.)** *L'Oto-Rhino-Laryng. Internat. August 1920.*

Aetiologie zweifellos kongenitale Lues trotz wiederholt negativ befundener Wa.-R., das übrige ergibt sich aus dem Titel. SCHLITTLER.

30) **Thomas Guthrie. Eine Methode zur Naht der Gaumenbögen. (A method of suturing the pillars of the fauces.)** *The Journ. of Laryng., Rhin. and Otology. April 1921.*

Eine gekrümmte Nadel mit schlitzförmigem Oehr wird von hinten nach vorn durch den hinteren Gaumenbogen geführt, dann, wenn man es für nötig erachtet, durch eine dünne Schicht des die Fossa tonsillaris auskleidenden Gewebes und schliesslich durch den vorderen Gamenbogen. Dann wird der Faden in dem Schlitz der Nadel befestigt, diese durchgezogen, der Faden losgemacht und geknüpft. Verf. hat zur Erleichterung des Einbringens des Fadens in den Nadelschlitz ein besonderes Instrument angegeben. Abbildung. FINDER.

31) **Hektor Rubeli** (Bern). **Struma lingualis und Schwangerschaft.** Aus der Univ.-Frauenklinik Bern. *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 52. S. 295. 1920.*

Ausführliche Beschreibung eines Falles, in welchem die Zungenstruma zu drohender Erstickung während der Geburtswehen führte und die Sectio caesarea bedingte. Es bestand ausserdem Zwergwuchs (141 cm Körperlänge). Die Struma wölbte sich als ein halbkugeliger Tumor vor und füllte den Isthmus faucium völlig aus.

Bei der Entlassung ist die Atmung in der Ruhe frei, bei angestrengter Arbeit noch leicht stridorös.

Verf. bespricht dann eingehend die Frage, ob eine Struma lingualis die Indikation zur Einleitung des künstlichen Aborts geben kann. Er glaubt, dass dies nicht der Fall sei, wohl aber könne zunehmendes Wachstum während der Gravidität die künstliche Frühgeburt bedingen. Tritt während der normalen Geburt Atemstenose ein, so ist die Geburt rasch zu beenden. Hat eine Struma lingualis während einer Schwangerschaft bedrohliche Symptome hervorgerufen und kann die Struma wegen Myxödemgefahr nicht operiert werden, so komme Sterilisation in Erwägung.

Bei Zungenstruma ist die Brusternährung kontraindiziert, um der Laktationshypertrophie der Struma vorzubeugen. DREYFUSS.

32) **Herman B. Cohen. Die Zungenmandel, ihre Beachtung und Nichtbeachtung. (The lingual tonsil, general consideration and neglect.)** *The Laryngoscope. September 1917.*

Venenektasien der Zungenbasis sollen nach Escat Neuralgien erzeugen können durch Druck auf den Nervus lingualis. Ausserdem sollen die Varikosi-

täten auch Husten, Fremdkörpergefühl, Parästhesie und Atemnot hervorrufen können. Blutung der dilatierten Venen ist ziemlich häufig.

Entzündung der Zungenmandel verursacht Schluckschmerz, Schmerz in der Zungenwurzel, Abszess ist selten.

Die Gewächse der Zungenmandel sind Fibrom, Papillom, Angiom, Zysten Lipom und bösartige Geschwülste. Struma accessoria kommt auch vor und kann mit Hypertrophie der Zungenmandel verwechselt werden. Ausser der gewöhnlichen Hypertrophie ist die Zungenmandel zu syphilitischer Hypertrophie geneigt. Einfache Hypertrophie ist eine Krankheit der Erwachsenen und selten in der Kindheit.

O. T. FREER.

33) **J. Vanysek** (Brünn). **Pharyngoösophagoales Divertikel.** *Casopis Lekaru Ceskych. 59. Jahrg. No. 52.*

Bei einem 67jährigen Manne zeigten sich Schluckbeschwerden, Steckenbleiben von Bissen in der Höhe des Kehlkopfes; bei weiterer Nahrungsaufnahme Steigerung der Beschwerden.

Feststellung eines Divertikels von 9 cm front., $6^1/_2$ cm vert. und 5 cm sagitt. Durchmesser, und zwar in der Höhe des Larynx. Die Diagnose wurde durch zwei Metallsonden, von denen eine in den Oesophagus, eine in das Divertikel eingeführt wurde, mit nachträglicher Skiaskopie festgestellt. Das Divertikel lag nach rückwärts vom Oesophagus. Diese Art der Divertikel (Grenzdivertikel) ist die häufigste, und zwar handelt es sich um ein Pulsionsdivertikel, für dessen Entstehen die anatomischen Verhältnisse dieser Gegend prädisponierende Momente bilden.

R. IMHOFER.

34) **H. B. L. Vos** (Amsterdam). **Das Symptom des Arcus palato-glossus und die Antisepsis der Einatmungsluft bei der spanischen Grippe.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 8. 1920.*

Kurze Erwähnung der Röte der Arcus palatoglossi als gutes Diagnostikum und Empfehlung von frischer Luft nebst Verdampfung von Phenolum liquefactum zur Therapie.

v. GILSE.

35) **Vos. Angina Vincenti.** *Norsk. Mag. for Laegevidenskaben. August 1920.*

Verf. hat festgestellt, dass die Angina Vincenti in Christiania im Zunehmen begriffen ist. Auf der Abteilung für Infektionskrankheiten in Ulleval wurden sonst jährlich im Durchschnitt 3—5 Fälle beobachtet, während in den letzten 4 Monaten 16 Fälle aufgenommen wurden. Verf. unterscheidet 2 Typen: den diphtheroiden und den ulzero-membranösen. Ersterer ist der gutartigere und dauert gewöhnlich 8 Tage; der andere kann Monate lang bestehen. In 15 von den 16 Fällen handelte es sich um Männer im Alter von 17 bis zu 25 Jahren. Alle wiesen den ulzero-membranösen Typus der Krankheit auf und alle wurden mit der Diagnose Diphtherie aufgenommen. In 15 Fällen war die Krankheit einseitig; in dem 16. Fall waren multiple Ulzera auf beiden Tonsillen, der Uvula und dem Velum. Die typischen fusiformen Bazillen und Spirochäten fanden sich in allen Fällen im Ausstrich; Serumkulturen ergaben jedoch nur Kokken. Für

die Behandlung erwies sich Salvarsan als von spezifischer Wirkung; Verf. wendet es in 2proz. Lösung in Glyzerin an. STANGENBERG.

36) **J. E. Calhoun. Ein Fall von vielfacher Knochenbildung in den Mandeln. (A case of multiple bone formation in the tonsils.)** *The Laryngoscope. Juli 1920.*

Knorpelige oder knöcherne Herde in den Mandeln können mikroskopisch sein oder gross genug um dem blossen Auge sichtbar zu sein. Sie sollen Ueberbleibsel der zweiten Branchialspalte sein, oder auch Metaplasien von Bindegewebe. Es wird über einen Fall berichtet. O. T. FREER.

37) **Rendu. Tonsillarschanker.** *Rev. de Laryng., d'Otol. et de Rhinol. 30. September 1920.*

Tonsillarschanker ist häufiger als man früher annahm. Nach einer 1914 publizierten Statistik von Brobie beträgt der Tonsillarschanker 7,80 pCt. aller Schanker, der genitalen und extragenitalen zusammen. R. beschreibt zwei ungewöhnliche Fälle; in dem einen wurde ein Karzinom, in dem anderen eine einfache Hypertrophie vorgetäuscht. R. stellt fest, dass Tonsillarschanker so oft übersehen wird, weil man an die Möglichkeit seines Vorkommens nicht denkt. Er ist in seinen Erscheinungsformen so mannigfaltig, dass seinem Aussehen weniger Bedeutung beigelegt werden sollte, als der Einseitigkeit der Induration und der begleitenden Drüsenschwellung. Dysphagie von mehr als drei Wochen Dauer lässt immer an Syphilis denken (Garel). Man solle auch daran denken, dass die meisten Tonsillarschanker bei ihrem Auftreten von irreführenden Fiebererscheinungen begleitet sind. Schliesslich treten Sekundärerscheinungen beim Tonsillarschanker viel früher auf als bei anderweitig lokalisierten Schankern und sind oft schon vorhanden, wenn der Schanker zuerst entdeckt wird. FINDER.

38) **Mann** (Dresden). **Ueber den Einfluss der Tonsillektomie und radikalen Rachenmandeloperation auf skrofulöse Erscheinungen.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

M. untersucht an der Hand von 10 Fällen die Frage des ätiologischen Zusammenhanges zwischen Tonsillen (des Gaumens und des Rachens) und Skrophulose. Als wesentliches Kennzeichen der Skrophulose kommt bei seinen Fällen eine stark entwickelte Conjunctivitis phlyctaenulosa in Betracht, ferner Verdickung der Oberlippe, Neigung zu Rhagadenbildung am Naseneingange, Ekzem, Lymphdrüsenschwellung am Kieferwinkel u. a. An den Tonsillen waren teils makroskopisch Ulzerationen zu erkennen, teils mikroskopisch Tuberkulose zu erweisen, teils kein Befund. Nach der Tonsillektomie bzw. radikalen Adenotomie änderte sich der Zustand der Patienten mit einem Male, so dass „man sich des Eindrucks nicht erwehren könne, dass mit einem Male eine Quelle zum Versiegen gebracht ist, aus der ununterbrochen ein für die angeführten Stellen schädliches Agens geflossen ist“. Die skrophulösen Erscheinungen werden als Toxinwirkungen aufgefasst. Er schliesst, dass nicht selten einer Skrophulose eine primäre Tonsillentuberkulose zugrunde liegt. BRADT.

39) **H. Burger** (Amsterdam). **Statistik von 154 Tonsillektomien.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 16. S. 1339. 1920.*

Kurze Uebersicht der Fälle, welche in der Arbeit von Malan (Ref. Zentralblatt f. Laryngol. 1920. Nr. 1) ausführlicher beschrieben sind. Die Indikation zur Operation war meistens rezidivierende Angina, in 20 Fällen chronische Halsbeschwerden, 10mal Mandelpfropfs, 5mal Halslymphome, 1mal rezidivierende syphilitische Geschwürsbildung. Die Operation wurde durchweg in Lokalanästhesie mittels besonderer starker und langer Nadel ausgeführt. Blutung war meistens gering, ungefährliche Nachblutung trat 4 mal auf. Als ernstere Komplikation wurde nur einmal ein Erysipel beobachtet, welches günstig verlief. Von den wenigen in Narkose operierten Fällen starb einer (Narkosetod durch Status thymo-lymphaticus). Die Resultate der Operation waren sehr günstig.

v. GILSE.

40) **Liébault** (Paris). **Schwere Nachblutung bei Tonsillektomie, Naht der Gaumenbögen misslingt, Anlegen einer Arterienklemme während mehrerer Stunden, Heilung. (Hémorrhagie grave après amygdalotomie. Echec de la suture des piliers. Mise d'une pince à demeure. Guérison.)** *L'Oto-Rhino-Laryngol. Internat. August 1920.*

Der Titel besagt alles.

SCHLITTLER.

41) **E. Lee Myers. Glottisödem nach Tonsillektomie. (Edema of the glottis after tonsillectomy.)** *The Laryngoscope. Februar 1917.*

Einem Arzte von 35 Jahren wurde die Mandelgegend mit 1proz. Chinin-Urea infiltriert. Nach einigen Stunden Oedem der Plicae glossoepiglotticae und des Kehldeckels mit Dyspnoe. Verf. glaubt nicht, dass das Chinin-Urea Schuld an dem Oedem sei. (Wegen seines reizenden Effekts ist lokale Narkose mit Chinin-Urea jetzt so ziemlich aufgegeben. Ref.)

O. T. FREER.

d) Diphtherie und Croup.

42) **Elise Hermann. Beitrag zur operativen Behandlung der diphtherischen Larynxstenose im ersten und zweiten Lebensjahre.** Aus der Univ.-Kinderklinik Leipzig. *Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 93. S. 273. 1920.*

Vergleichend statistische Uebersicht über das Krankenmaterial von 10 Jahren. Hierbei werden die Fragen der Ernährung, Lungenkomplikationen, Dekubitus eingehend besprochen; vor allem aber werden — und mit Recht — die Resultate von der Uebung und Geschicklichkeit des Arztes beeinflusst. Gerade in diesem Punkte hapert es an vielen Kinderkliniken mit ihrem häufigen Wechsel von jungen ungeübten Assistenten. H. fasst ihre Ansicht dahin zusammen, dass bei der Behandlung der diphtherischen Larynxstenose auch des 1. und 2. Lebensjahres die Intubation der Tracheotomie mindestens gleichwertig, in der Hand des Geübten aber überlegen ist.

DREYFUSS.

43) **Guthrie, Gellien** und **Moss. Diphtherieträger. (Diphteria carriers.)** *Bull. Johns Hopkins Hosp. Baltimore. S. 388—403. 1920.*

Im Februar 1920 ergab ein von 800 Schulkindern in Baltimore gemachter

Abstrich bei 85 (10,6 pCt.) Diphtheriebazillen; eine Wiederuntersuchung 3 Monate später bei denselben 800 Kindern ergab positives Resultat bei 69 (8,6 pCt.). Die Zahl der Kinder mit positivem Resultat betrug 144 (18 pCt.). Virulenzuntersuchungen durch Impfung von Meerschweinchen wurden in 99 Fällen gemacht und ergaben in 9 positives Resultat. Bei weiteren Abstrichen wurden von den 800 Kindern noch 15 weitere Träger ermittelt, so dass die Gesamtsumme auf 160 stieg. Nur 11 von diesen 160 Trägern hatten einmal Diphtherie gehabt, aber keiner in den letzten drei Jahren und bei weiterer Beobachtung entwickelte sich bei keinem von ihnen in der Folge Diphtherie. Bei 14 der Träger liess sich anamnestisch feststellen, dass sie zu Zeiten — die 1—12 Jahre zurückliegen — der Ansteckung mit Diphtherie ausgesetzt waren. Um festzustellen, wie lange die Diphtheriebazillen im Halse klinisch gesunder Personen persistieren, wurden 50 Träger in Intervallen von 2 Wochen bis 3 Monaten untersucht; am Ende dieser Periode waren nur noch 6 positiv.

Um festzustellen, ob virulente Bazillen avirulent werden können und umgekehrt, wurden von 5 gesunden Personen, die sich bei täglich durch 2 Wochen hindurch entnommenen Abstrichen als frei von Diphtheriebazillen erwiesen, mit einer Reinkultur nicht-virulenter Bazillen geimpft, dann wurden einige Wochen hindurch täglich, sodann 3 Monate lang in Intervallen von einigen Tagen und dann 15 Monate lang in weiteren Abständen Abstriche entnommen. Einige dieser 5 Individuen wurden Bazillenträger, keiner jedoch zeigte virulente Bazillen oder litt an Erscheinungen, die auf Anwesenheit von Bazillen im Halse zurückzuführen gewesen wären. Zwischen virulenten und nichtvirulenten Bazillen war ein Unterschied nur durch das Resultat der Impfung auf Meerschweinchen festzustellen. Das Hauptergebnis ist, dass Träger von nichtvirulenten Bazillen keinerlei Gefahr für ihre Umgebung bilden und dass ihre Isolierung sich nicht rechtfertigen lässt.

FINDER.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

44) **O. Kringel** (Berlin). **Beitrag zur Struktur des Wrisbergschen Knorpels.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

Nach K. hat der Wrisbergsche Knorpel — in entwicklungsgeschichtlicher Beziehung — von seiner ursprünglichen Bedeutung eines Stützorgans für die aryepiglottische Falte viel eingebüsst. Der Umstand, dass er oft gewissermassen nur noch in Bruchstücken vorkommt, lässt daher den Schluss zu, dass wir es entwicklungsgeschichtlich mit einem Organ zu tun haben, das, wie Goeppert sagt, in Rückbildung begriffen ist, und daher nach und nach die Eigenschaft, eine Stütze für die aryepiglottische Falte abzugeben, verliert.

BRADT.

45) **Archer Ryland. Digitalretraktion der Epiglottis während der indirekten Laryngoskopie. (Digital retraction of the epiglottis during indirect laryngoscopy.)** *The Journ. of Laryng., Rhin. and Otology. März 1920.*

In Fällen, wo die Epiglottis ein Hindernis für die Untersuchung darstellt, führt Verf. die Endphalanx des Zeigefingers in den kokainisierten Kehlkopf ein

und zieht die Epiglottis nach vorn; bisweilen genügt es auch schon, den Finger fest auf das Lig. glosso-epiglotticum medium zu legen und so die Zunge herunterzudrücken und nach vorn zu ziehen.

FINDER.

46) **O. Wagener** (Marburg). **Zur Technik und Methodik der Untersuchung von Kehlkopf und Luftröhre.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 154.*

Das Wesentliche der vom Verf. empfohlenen Untersuchungsmethode besteht darin, durch Druck von aussen her Stellung und Lage von Kehlkopf und Trachea so zu ändern, dass Einzelheiten an ihnen aufgedeckt werden, die bei der gewöhnlichen indirekten Untersuchung nicht zu sehen sind. Man kann durch Druck von aussen auf die bis zu einem gewissen Grade nachgiebigen Wände von Kehlkopf und Trachea bestimmte Teile in das Lumen hineindrücken, so dass diese nun besser zu sehen sind. So kann man durch Druck auf eine Kehlkopfseite, auf die Schildknorpelplatte, die — besonders bei jugendlichen Individuen nachgiebige — Wand in das Lumen hineindrücken; es kann so z. B. das Stimmband bei entsprechendem Druck weit in das Lumen verlagert werden, wobei man dann auf die Kante des Stimmbandes und in den Morgagnischen Ventrikel und — was besonders wichtig ist — auf die unter dem Stimmband gelegenen Teile des subglottischen Raumes sehen kann. Besonders günstige Verhältnisse werden dafür geschaffen, wenn gleichzeitig der Kehlkopf in toto schräg gestellt wird und wenn der Kehlkopfspiegel an die entgegengesetzte seitliche Rachenwand angelegt wird.

BRADT.

47) **Otto Kahler** (Freiburg). **Klinische Beiträge zur Schwebelaryngoskopie.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

K. empfiehlt die nach seiner Ansicht nicht genügend verbreitete Methode der Schwebelaryngoskopie auf das wärmste. Die neue Modifikation des Instrumentariums entspricht allen Anforderungen. Bei Kindern wendet er stets Allgemeinnarkose an, welche im Anfang, bevor man den Spatel einführt, tief sein muss. Applikation von 20proz. Kokain gestattet alsdann Erleichterung der Allgemeinnarkose. Bei Erwachsenen benutzt K. die Lokalanästhesie im leichten Skopolamindämmerschlaf — kleine Dosen — 0,005 g Skopolamin und 0,01 Morphin 2 Stunden und 1 Stunde vor der Operation. Skopolamin kommt auch wegen einer sekretionbeschränkenden Eigenschaft in Anwendung. Mit einem Kirsteinschen Spatel, der eine Zentimetereinteilung besitzt, wird vor der Schwebe die Länge des zu wählenden Spatels bestimmt. Neben dem Wert für die Demonstration betont K. den für die Operation von Papillomen bei Kindern, ferner bei Stenosen, Larynxfremdkörpern und Fremdkörpern im Hypopharynx, bei Trachealgeschwülsten. Die Methode ist weiter von Bedeutung für die Tonsillektomie bei Kindern, wenn man wegen Verwachsungen praeparando vorgehen muss; weiter bei der Gaumennaht. Bei Erwachsenen leistet die Schwebe besondere Dienste für die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberkulose. Auch beginnende bösartige Erkrankungen eignen sich für die operative Behandlung auf diesem Wege — ebenso Tumoren des Hypopharynx. Zur Vermeidung grösserer Blutungen wird Infiltration von Novokain-Suprarenin empfohlen. Für die Blutstillung hat K. eine Tamponkanüle ange-

geben nach Art der Trendelenburgschen, deren Ballon gleich nach der Einführung aufgeblasen wird, wodurch sofort Blutaspiration verhindert wird. Zur Blutstillung wird dann der Larynx um die Kanüle herum mit Jodoformgaze austamponiert, die durch einen Seidenfaden gesichert wird.

BRADT.

48) **Beverchon** und **Worms. Schnittwunde am Hals mit Durchtrennung des Vagus, Stimmbandlähmung. (Plaie du cou par instrument tranchant; section du pneumogastrique; paralysie laryngée.)** *L'Oto-Rhino-Laryng. Internat. August 1920.*

Ausser den im Titel angeführten Erscheinungen fand sich beim Pat. eine deutliche Schleimhaut-Hypästhesie im Bereiche der lädierten Halsseite, während Kreislaufstörungen nicht nachzuweisen waren.

SCHLITTLER.

49) **William Wesley Carter. Ein interessanter Fall von Halsdurchschneidung. (An interesting cut throat case.)** *The Laryngoscope. Juli 1917.*

In selbstmörderischer Absicht machte der Pat. einen tiefen Schnitt mit einem Rasiermesser quer zwischen Zungenbein und oberem Schildknorpelrand, den Kehldeckel an seiner Basis abschneidend und das Kehlkopfinnere und die hintere Rachenwand freilegend. Der Kehldeckel und das Zungenbein schnellten in die Höhe und mussten zur Naht mit scharfen Haken heruntergezogen werden. Heilung in zwei Wochen.

O. T. FREER.

50) **A. Logan Turner. Karzinom der Postkrikoidgegend (pars laryngea pharyngis) und des oberen Oesophagusendes. (Carcinoma of the post-cricoid region [pars laryngea pharyngis] and upper and of the oesophagus.)** *The Journ. of Laryng., Rhin. and Otology. Februar 1920.*

Im Jahre 1913 gab Verf. eine Uebersicht über 68 Fälle, die er selbst beobachtet hatte; das hier besprochene Material schliesst diese Fälle ein und dazu kommen noch 72 von 1913 bis April 1919 beobachtete, so dass die Gesamtzahl 140 beträgt. Die auf diesem grossen und gut beobachteten Material beruhende Arbeit enthält eine Fülle interessanter und belehrender Tatsachen. Es wird zuerst die Anatomie und Pathologie der Erkrankung besprochen. In 98 von den 140 Fällen war der Sitz des Tumors hinter dem Larynx und von ihnen betrafen 85 Weiber und 13 Männer; im Zervikalteil des Oesophagus war der Sitz 19mal und zwar 11mal bei Männern und 3mal bei Frauen, im unteren Ende des Oesophagus 14mal, wo von 13 Männer und 1 Frau war. Die jüngsten Kranken waren 2 Frauen von 28 Jahren. Die folgenden Abschnitte behandeln die Dauer der Krankheit, ihre allgemeine Semiologie, die physikalische Untersuchung des Pat., wobei Verf. auf die Bedeutung der Schwebelaryngoskopie für die Diagnostik dieser Fälle aufmerksam macht, und schliesslich Prognose und Behandlung. Von den 98 Fällen von Karzinomen der Postkrikoidregion wurden nur 8 operiert. In manchem Fall, der zur Operation geeignet gewesen wäre, wurde diese vom Pat. abgelehnt. Bei den operierten Pat. betrug die Lebensdauer 3, 4, 6 Monate, 1 Jahr, 1 Jahr 2 Monate und 1 Jahr 6 Monate. Zwei sind noch am Leben, der eine seit 2 Jahren und der andere seit 6 Jahren.

FINDER.

51) **Sicherheitsstecknadel in dem Kehlkopf; perylaryngealer Abszess als Diphtherie behandelt. (Safety pin in larynx; perilaryngeal abscess treated for diphtheria.)** *The Laryngoscope. Juni 1920.*

Ein 7jähriger Knabe wurde am 21. Dezember 1915 in das Willard Parker Hospital in New York mit einer Krankengeschichte von seit 4 Tagen bestehender Diphtherie aufgenommen. 20000 Einheiten Antitoxin wurden gegeben. Es bestand ein kroupartiger Husten und Dyspnoe. Der Kehlkopf wurde nicht untersucht. Nach 17tägigem Aufenthalt in diesem Spital wurde der Pat. in das Kingston Avenue Spital in Brooklyn geschickt, weil er Masern hatte, und hier bekam er wieder eine Dosis von Antitoxin infolge abermaliger falscher Diagnose von Diphtherie. Es bildete sich dann ein grosser peritrachealer Abszess, welcher eröffnet wurde. Es ergoss sich eine Menge Eiter. Statt besser zu atmen, bekam das Kind schwere Dyspnoe. Es zeigte sich, dass infolge des Abszesses sich Ringe der Luftröhre nekrotisch abgestossen hatten und ein Blick in die so erzeugte Trachealfistel liess einen glänzenden Gegenstand sehen, welcher aber sogleich in die Lunge herabfiel und dem Auge entschwand. Ein langes O'Dwyer-Rohr, welches tief an der Trachealfistel vorbei geschoben werden konnte, wurde eingeführt. Dann wurde der Fremdkörper, eine Sicherheits-Stecknadel, mit dem Bronchoskop aus dem rechten Hauptbronchus entfernt.

O T. FREER.

52) **D. J. de Levie** (Rotterdam). **Ein eigenartiger Fall von Fremdkörper im Hals.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 18. S. 1543.*

Beim hastigen Essen einer gekochten Birne war plötzlicher Schmerz am Hals aufgetreten, Blut erbrochen und der Patient glaubte, ersticken zu müssen. Es trat Fieber auf und Schwellung am Unterkieferrand. Die Plica aryepiglottica an der schmerzhaften Seite war geschwollen. Aufder Röntgenplatte war eine Nähnadel sichtbar von der Epiglottis bis zu den Muskeln des Mundbodens reichend. Bei der Entfernung vom Munde aus brach die Nadel ab. Der Rest konnte bei Inzision von aussen nicht gefunden werden. Pat. genas jedoch vollständig. Die Nadel war wahrscheinlich in die Birne geraten durch die Gewohnheit der Verkäuferinnen das Obst am Aermel abzureiben, um ihm ein besseres Aussehen zu geben. Abbildung der Röntgenplatte.

v. GILSE.

53) **Bettex** (Lausanne). **Ein Fremdkörper in den Luftwegen. (Corps étranger des voies respiratoires.)** *Schweizer med. Wochenschr. No. 31. 1920.*

Ein 5jähriger Knabe aspiriert am 20. 7. 1918 bei einem Anfall von lautem Lachen eine Gerstenkornähre. Einige Tage später entwickelte sich eine beidseitige Bronchitis und Pneumonie. Am 8. August tritt ein subkutaner Abszess im 7. Interkostalraum in der rechten Axillarlinie auf, aus dem durch Einschnitt die Spitze der Aehre zutage kommt, die neben ziemlich vielem Eiter mit einer Zange herausbefördert wird. Die Lunge erwies sich im Röntgenbild als ganz normal, ohne jegliche Verdichtung geheilt.

Barraud berichtet in seiner Schrift über „Fremdkörper im Oesophagus, in der Trachea und in den Bronchien“ über auch ganz günstig verlaufene Fälle von aspirierten Hafer-, Roggen- und Kornähren.

JONQUIÈRE.

4) J. Cisler. **Ein ungewöhnlicher Fall von Fremdkörper der Luftröhre.** *Casopis Lékaruv Ceskych. 59. Jahrg. No. 52.*

Das Ungewöhnliche an dem Falle ist, dass jegliche Anamnese fehlte, da der Fremdkörper, ein Nagel, von der Pat. (19jähr. Mädchen) im epileptischen Anfalle aspiriert worden war. Er lag im rechten Bronchus, hatte eigentlich nur zu katarrhalischen Erscheinungen Veranlassung gegeben und war dann röntgenologisch nachgewiesen worden. Nach den Erhebungen dürfte er etwa 1 Jahr in dem Bronchus gesteckt haben.

Die Extraktion erfolgte mittels Bronchoscopia superior; beim Passieren der Glottis entglitt der Fremdkörper der Zange, wurde aber sofort spontan ausgehustet.

Die katarrhalischen Erscheinungen verschwanden, die epileptischen Anfälle blieben nach kurzer Unterbrechung weiter bestehen.

R. IMHOFER.

) Charles J. Imperatori. **Zwei Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien. (Two cases of foreign bodies in the bronchi.)** *The Laryngoscope. Juni 1920.*

Ein 14monatiges Kind hatte einen Erstickungsanfall vier Tage vor der Aufnahme ins Spital. Es war ziemlich kurzatmig und war blau im Gesicht. Das Röntgenbild zeigte keinen Fremdkörper. Das Bronchoskop zeigte als Ursache der Dyspnoe einen Gegenstand im rechten Hauptbronchus, welcher sich nach der Entfernung als der Stengel einer Traube erwies. Das Kind genas aber nicht, sondern blieb kurzatmig und starb an Erschöpfung und Pneumonie. Die Operation wurde ohne Narkose in 8 Minuten ausgeführt.

Ein 8jähriger Knabe hatte eine Automobilstahlkugel in den Oberlappenzweig des linken Hauptbronchus eingeatmet. Sie wurde mit der Brüningschen Zange mit vier fassenden Klauen entfernt, musste aber zuerst mit einem Haken gelockert werden.

O. T. FREER.

) Weinhardt (Tübingen). **Ueber Stomatitis ulcerosa.** *Württ. Korrespond.-Bl. S. 192. 1920.*

In der Tübinger Hautklinik wurden im Frühjahr 1920 eine grosse Anzahl Fälle von zum Teil schwerster Stomatitis ulcerosa beobachtet, die durch den Bacillus fusiformis hervorgerufen waren. Von Neosalvarsan wurde keine Einwirkung gesehen, dagegen durch Perhydrol-Tabletten und durch lokale Applikation von Methyl-Glyzerin-Alkohol ein sehr rascher Erfolg erzielt.

SEIFERT.

e II) Stimme und Sprache.

) Karl L. Schaefer. **Wissenschaftliche Methoden zur Prüfung der Feinheit des musikalischen Gehörs.** *Stimme. XIII. H. 8. Mai 1919.*

Schaefer betont die Wichtigkeit dieser Prüfungen für den Gesangsunterricht. Als Prüfungsinstrumente dienen Stimmgabel und Monochord, die zueinander abgestimmt werden müssen oder nach denen gesungen werden muss, mit gleichzeitiger Aufnahme des Stimmtons mit dem Marbeschen Apparat. Der Intervallsinn wird ähnlich geprüft.

NADOLECZNY.

58) **W. Heinitz. Zur graphischen Darstellung von palatographischen Berührungswerten, ein Beitrag zur Palatogrammetrie.** *Vox 2/3. S. 32. 1920.*

H. bringt die Ergebnisse der planimetrischen Messung der Berührungsflächen am Gaumen bei Konsonant-Vokal- und Vokal-Konsonantverbindungen in einem Koordinatensystem zur Darstellung. NADOLECZNY.

59) **C. Schneider. Proportionszirkel für Zeitmessung unabhängig von der jeweiligen Mantelgeschwindigkeit des Kymographions.** *Vox 2/3. S. 30. 1920.*

Phonetisch-technische Mitteilung. NADOLECZNY.

60) **Wilhelm Heinitz. Anwendung eines Planimeters zur Kreisbogeneinteilung.** *Vox. H. 5. S. 124. 1919.*

Um für die Druckgraduierung einer elastischen Membrane (Schreibkapsel) die Mittelwerte zu bestimmen durch möglichst genaue Graduierung eines aufgezeichneten Kreisbogens, wurde das Coradische Planimeter etwas umgearbeitet.

NADOLECZNY.

61) **J. Grass. Experimentalphonetische Untersuchungen über Vokaldauer.** *Vox 2/3. S. 37. 1920.*

Untersuchungen über die Phonetik eines landkölnischen (ripuarischen) Dialekts. NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

62) **Alexander Hellwig. Die diffuse Kolloidstruma.** Aus dem pathol. Institut Freiburg i. B. *Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. Bd. 32. S. 508. 1920.*

Auf Grund kritischer Literaturstudien und eignen histologischen Materials (teils durch Sektion, teils durch Operation gewonnen) betrachtet Verf. die Struma diffusa colloides als eine überwertige Schilddrüse, die als Waffe gegen das hypothetische Kropftoxin zustande gekommen ist und den Träger zwar gegen dasselbe schützt, zugleich aber — bei der Erregbarkeit seines vegetativen Nervensystems bzw. Labilität seiner Blutdrüsen — eine Gefahr für diesen bedeutet, durch die Ueberproduktion von Schilddrüsensekret: die Gefahr des Zustandekommens einer Hyperthyreose. DREYFUSS.

63) **Günther Wolff. Wuchernde Struma. Ein Beitrag zur Lehre von den epithelialen bösartigen Geschwülsten der Schilddrüse.** Aus der chir. Univ.-Klinik Göttingen. *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 121. S. 56. 1920.*

An der Hand mehrerer Fälle, davon eines mit eingehender histologischer Untersuchung beobachteten, bespricht Verf. die „wuchernde Struma", ein Neoplasma der Schilddrüse, das in vieler Beziehung dem Pathologen und dem Kliniker schwere Aufgaben stellt.

Eine Reihe farbiger Tafeln orientieren über den histologischen Befund.

DREYFUSS.

64) **Herzfeld** und **Klinger** (Zürich). **Zur Chemie des Schilddrüsensekrets.** *Schweizer med. Wochenschr. No. 29. 1920.*

Bei genauen Versuchen (s.d.) an Rana temporaria, welche entscheiden sollten, ob das Schildrüsensekret oder nur das Schilddrüsengewebe jodhaltig sei, stellte es sich heraus, dass erstere bisherige Annahme nicht gilt. JONQUIERE.

65) **Gustav Schwyzer** (Minneapolis, Minn.). **Die Diagnose und chirurgische Behandlung der intrathorazischen Struma. (Diagnosis and surgical treatment of intrathoracic goiter.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 28. Februar 1920.*

Eine genaue Angabe der diagnostischen Hilfsmittel sowie der Indikationen kennzeichnet den lesenswerten Artikel. Hat man es mit einer intrathorazischen Struma zu tun, bei der eine prekäre Dyspnoe vorhanden ist, so darf man die Operation nicht lange hinausschieben. Diese selbst beginnt Verf. unter lokaler Anästhesie. Bei starker Dyspnoe muss tracheotomiert werden, was zuweilen äusserst schwierig ist. Darauf Einlegung einer König'schen Kanüle. Der Tumor wird stumpf aus seiner Scheide enukleiert. Verf. bindet die oberen Hörner ab und hat nie eine schwere Blutung gehabt. Darauf Drainage. Eine etwa eintretende oder vorhandene Tracheostenose bedarf selten eines Eingriffs. FREUDENTHAL.

g) Oesophagus.

66) **W. Pfeiffer** (Frankfurt). **Beitrag zur operativen Behandlung von Oesophagus-Trachealfisteln.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 9. S. 465. 1920.*

Infolge der Kriegsverletzungen sind namentlich die traumatischen Oesophagus-Trachealfisteln häufiger geworden und die dabei bestehenden Gefahren — Erstickung, Aspirationspneumonie, Mediastinitis — verlangen fast immer operative Eingriffe, welche leider bisher häufig kein brauchbares Resultat ergaben, da es ausserordentlich schwierig ist, die beiden Fistelöffnungen zum Verschluss zu bringen.

Verf. hat nun bei einem Fall von Granatsplitterverletzung des Halses mit Bildung einer Oesophagus-Trachealfistel das von Navratil 1904 beim Tierexperiment erprobte Verfahren angewandt und damit definitive Heilung erzielt. Es besteht in der Hauptsache darin, jede der beiden Fisteln anzufrischen und mittels Tabaksbeutelnaht zu vernähen und dann zwischen die Oesophagusnahtstelle und Trachealnahtstelle einen Schilddrüsenlappen zu interponieren. SCHLITTLER.

67) **Hirschmann. Zwei Fälle totaler Oesophagoplastik.** Berliner med. Ges., Sitzung vom 29. Januar 1919. *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. S. 166. 1919.*

Beide Aetzstrikturen. Der eine Fall funktioniert seit 3/4 Jahren vortrefflich, bei dem anderen fehlt noch der letzte Hauptakt. Auch er ernährt sich jetzt schon per os und zwar durch ein Drain zwischen Halsösophagus und Hautschlauch.

R. HOFFMANN.

68) **Axhausen. Demonstration zur totalen Oesophagoplastik.** Berliner med. Ges., Sitzung vom 29. Januar 1919. *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. S. 165. 1919.*

Demonstration eines Pat., den A. vor drei Jahren operiert hat und der in der Wahl der Speisen, in der Art der Nahrungsaufnahme und im Genuss der Speisen

nicht den geringsten Unterschied gegenüber der Zeit vor der Verätzung verspürt, ferner eines Präparates einer durch Totalplastik neugebildeten Speiseröhre, die intra vitam sich als funktionstüchtig erwiesen hatte, endlich Bericht über einen dritten operierten Pat., Besprechung technischer Einzelheiten, Schwierigkeiten usw.

R. HOFFMANN.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Laryngological Section Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 6. Dezember 1918.

Vorsitzender: James Donelan.

Diskussion über: Dilatation des Oesophagus ohne anatomische Stenose.

William Hill: Im allgemeinen haben wir es zu tun mit einem normalen potentiellen Lumen der Speiseröhre im Niveau des Zwerchfells und unmittelbar darunter, in Kombination mit funktioneller Stenose und Stauung der Nahrung im Niveau des Zwerchfells und Ektasie darüber.

In manchen Fällen ist die Ursache der Stenose offensichtlich, in Fällen von Hernie oder Eventration des Zwerchfells, wo der Magen eine beträchtlich höhere Lage als normal im Thorax unter den linken Rippenbögen einnimmt und so eine Knickung des subphrenischen Oesophagus herbeigeführt wird.

Dilatation des ganzen Oesophagus einschliesslich der phrenokardialen Portion wurde ausnahmsweise beobachtet in Fällen von Sanduhrmagen und bei ausgesprochener Pylorusstenose von langer Dauer. Letztere Gruppe kann durch Röntgenstrahlen vom gewöhnlichen Typus der Dilatation des Brustösophagus unterschieden werden, bei welcher weder äusserer Druck noch Knickung noch eine anatomische Verengerung im Innern vorliegt, wo es sich also um „funktionelle Stenose“ handelt. Eine definitive Differentialdiagnose kann aber nur durch die ösophagoskopische Betrachtung der phrenokardialen Region erreicht werden. H. wendet ein Oesophagoskop von 18 mm Durchmesser an. Diese Methode ist sowohl der blinden Bougierung wie der Anwendung eines starken hohlen, mit Quecksilber gefüllten Bougies überlegen, das man auf dem Schirm beobachtet, während es durch die Stenose hindurchgeführt wird.

Die Röntgenstrahlen haben gezeigt, dass der Ausdruck „Kardiospasmus“ nicht richtig ist, und dass dafür richtiger die Bezeichnung „Phrenospasmus“ eintreten muss, die zuerst Chevalier Jackson gebraucht hat. Die Bezeichnung „Kardiospasmus“ wäre nur anzuwenden bei zwei Formen von Verengerung nahe dem unteren Ende des Oesophagus: 1. in Fällen von hypertrophischer anatomischer — d. h. organischer — Stenose mit Ektasie des Brustösophagus darüber, die vermutlich ihren Ursprung haben in reinem hypertonischem Spasmus der kardialen zirkulären Fasern, und mit nachfolgender hypertrophischer muskulärer Verengerung des Lumens; 2. in Fällen von Spasmus dieser Fasern ohne nachfolgende hypertrophische anatomische Stenose.

Verf. hat sich jedoch bei keinem seiner Patienten von dem Vorhandensein eines Spasmus im Niveau der Kardia überzeugen können; er glaubt nicht an das

Vorhandensein eines Kardiospasmus als primäres Symptom, sondern nur als Sekundärsymptom, wenn Nahrung eingekeilt oder angehalten ist. In der Majorität der funktionellen Fälle handelt es sich um einen primären Spasmus im Niveau des Hiatus oesophageus des Zwerchfells, wo die Krura den Oesophagus umschlingen.

Alle früheren Hypothesen besagen, dass allgemeine Ektasie der Speiseröhre in ihrem Brustteil sekundär hinzutritt zu primärer Verlegung eines oder des anderen Teiles des phrenokardialen Segmentes, hervorgerufen durch muskuläre Aktion oder Ueberaktion.

In der Norm ist der Oesophagus im Niveau kollabiert; der Hiatus oesophageus, durch den der Oesophagus hindurchtritt, hat eine Schlitzform und nimmt im Moment des Schluckens infolge Wirkung des N. phrenicus und möglicherweise des sympathicus eine kreisrunde Form an. Der Oesophagus folgt der Erweiterung des Hiatus und öffnet sich. Verf. nimmt nun bei dem „Phrenospasmus" an, dass es sich um eine funktionelle Neurose handele, durch welche die den Hiatus umgebenden Fasern der Krura gelähmt sind.

H. scheut sich, die von anderer Seite aufgestellte Hypothese anzunehmen, nach welcher Magenstörungen (insbesondere Dilatation und Atonie) als primäre Ursache der funktionellen Stenose im unteren Abschnitt des Oesophagus mit nachfolgender Ektasie darüber anzusehen ist, gibt aber zu, dass solche Störungen den Zustand, wenn er einmal vorhanden ist, verschlimmern.

Was die Behandlung anbelangt, so hält er den faradischen Strom für nutzlos, den galvanischen sogar für kontraindiziert. Die Bougierung ist bisweilen imstande, eine erhebliche temporäre Besserung herbeizuführen, diese ist jedoch in unzweifelhaften Fällen von rein funktioneller Stenose häufiger nur gering und H. sieht die Besserung nur an als Folge einer Stimulation und einer Behebung der „Inertia" des neuromuskulären Apparates der Krura in der Umgebung des Hiatus, wodurch der kollabierte Hiatus und der Oesophagus angeregt werden, sich an dieser Stelle weit zu öffnen.

H. unterweist die Patienten in den Frühstadien der Behandlung, alle Nahrung durch einen weichen Gummimagenschlauch in den Magen einzuführen. Sie werden belehrt, den dilatierten Oesophagus und — wenn Dyspepsie besteht — auch den Magen vor der Nahrungsaufnahme auszuspülen. Nach drei Wochen dürfen kleine Mengen Flüssigkeit per os genommen werden; alle Flüssigkeit aber, die nach 10 Minuten noch bleibt, wird von dem Patienten mittels des Gummischlauchs entfernt. Die Besserung ist bisweilen so ausgesprochen, dass weiche Nahrung und sogar sonstige gutgekaute Speisen entweder direkt in den Magen geschluckt werden können oder allmählich ohne grossen Aufenthalt passieren. H. hat niemals eine wirkliche Heilung gesehen, aber so grosse Besserungen, dass die Patienten in Gesellschaft ihre Mahlzeiten zu sich nehmen können, ohne aufzufallen.

H. bespricht dann noch kurz die Aetiologie, die recht dunkel ist, und die Symptomatologie, wobei er darauf hinweist, dass die Differentialdiagnose gegenüber anderen Arten von Ektasie bzw. solchen, die sich über einer Narbenstenose entwickeln, nur mit Sicherheit gestellt werden kann durch den ösophagoskopischen Befund und Bougierung. Er schildert die einzelnen Symptome, Dysphagie, Re-

gurgitation. Was den Gewichtsverlust anbelangt, so ist bei der funktionellen Stenose eine stetig fortschreitende Gewichtsabnahme wie bei den organischen Strikturen nicht gewöhnlich.

Brown Kelly bespricht zuerst die ösophagoskopische Untersuchung und das ösophagoskopische Bild bei der funktionellen Stenose. Der Anblick des Oesophagus in Höhe des Hiatus war normal; das Lumen war umgeben von sternförmig angeordneten Schleimhautfalten. Die Grösse des Lumens war regelmässig wechselnd, erweiterte sich mit der Inspiration und kontrahierte oder schloss sich mit der Exspiration. Dieses Bild blieb so, solange das Oesophagoskop sich ungefähr 3 mm über dem Niveau des Hiatus befand. Schob man das Rohr etwas weiter, so dass es mit den Teilen rings um den Hiatus in Kontakt kam, so schloss sich dieser sofort und blieb geschlossen, bis das Rohr ein paar Zentimeter herausgezogen wurde, worauf der Rhythmus des Oeffnens und Schliessens wieder begann. Nachdem K. auf diese erhöhte Reflextätigkeit aufmerksam geworden war, konnte er dies Symptom in 5 Fällen beobachten. Bei Patienten, die an anderen Affektionen als Kardiospasmus litten, fand sich regelmässig, dass das Oeffnen und Sichschliessen des Hiatus sich fortsetzte trotz der Berührung mit dem Rohr; es hörte erst auf, wenn auf die die Oeffnung unmittelbar umgebenden Wandungen ein fester Druck ausgeübt wurde. K. folgert das Vorhandensein einer hyperästhetischen Zone in einigem Abstand von dem Niveau des Hiatus; er ist geneigt, anstatt von „Kardiospasmus" von einer „suprahiatalen Hyperästhesie" zu sprechen. Die primäre Ursache der Erkrankung kennen wir noch nicht.

K. bespricht dann die verschiedenen Behandlungsmethoden. Er bedient sich fast ausschliesslich des Gottsteinschen Dilatators und geht dabei so vor: Es wird zuerst bei der ösophagoskopischen Untersuchung der Abstand festgestellt von den oberen Zähnen bis zum Hiatus, und dieser an dem Gottsteinschen Instrument von der Mitte des Ballons an abgemessen und markiert. Vor Einführung des Instruments wird der Oesophagus durch Aspiration oder Ausspülung von seinem Inhalt gereinigt. Dann wird der Dilatator eingeführt. Er kann am Hiatus auf ein leichtes Hindernis stossen; wenn jedoch ein sanfter Druck angewandt wird, so gleitet er vorwärts. Wenn die Masse anzeigen, dass der Ballon in situ ist, so wird er allmählich mit Wasser ausgedehnt. Wenn der Patient anfängt, über Schmerz zu klagen, hört man mit dem Injizieren von Wasser auf. Bisweilen lässt man den gefüllten Ballon einige Minuten in situ, worauf das Wasser ausgelassen und das Instrument herausgezogen wird. Man kann auf dem Schirm kontrollieren, ob der Ballon an der richtigen Stelle liegt. Es kann schon durch eine oder ein paar Dilatationen eine Heilung oder eine monatelang andauernde Besserung erzielt werden. In hartnäckigeren Fällen wurde die Dilatation mehrere Wochen lang alle paar Tage wiederholt. Die Dysphagie ist in der Regel unmittelbar behoben und am Tage nachher kann der Patient eine Mahlzeit zu sich nehmen, wie seit Monaten oder Jahren nicht.

K. hat einen Todesfall infolge Kardiospasmus beobachtet bei einer Frau; sie ging an Herzschwäche zugrunde, nachdem sie 20 Jahre lang an Dysphagie gelitten hatte. Vier Wochen ante exitum wurde der Verschluss an der Kardia fast komplett.

S. G. Shattock hat bei der hypertrophischen Stenose des Pylorus immer eine hyperästhetische Zone angenommen, wo das blosse Vorüberpassieren der

Nahrung einen Spasmus der Muskulatur hervorruft. Ein anatomischer Unterschied besteht jedoch gegenüber dem Kardiospasmus: bei letzterem findet sich niemals an der Kardia eine Muskelhypertrophie, wie sie bei Spasmen am Pylorus sich stets findet. Es ist die Frage, ob es sich bei ersterem um einen wirklichen aktiven Spasmus handelt oder um eine „neuro-muskuläre Inkoordination", d. h. ob es sich nicht um einen Mangel an Koordination zwischen dem herabsteigenden Inhalt des Oesophagus und der Erweiterung der kardialen Oeffnung handelt.

S. zieht dann einen Vergleich zu der — sogar schon beim Foetus beobachteten — idiopathischen Dilatation der Harnblase ohne anatomische Ursache einer Verlegung. Er hat bei Katzen Versuche angestellt und hat durch Injektion von etwas Kokain mittels eines Katheters erzielt, das die Blase mit einer Salzlösung ausgedehnt werden konnte, ohne dass etwas von der Flüssigkeit neben dem Instrument herauslief, wie es vor Anwendung des Anästhetikums der Fall gewesen war. Es muss also entweder die Schleimhaut anästhetisch gemacht worden sein, und sie hat infolgedessen den Reflex für die Reizung des Detrusor urinae nicht geliefert oder das Kokain hat das Muskelgewebe erreicht und eine motorische Lähmung hervorgerufen. S. regt an, dass die Laryngologen versuchen, durch Kokainisierung des kardialen Endes des Oesophagus die Frage zu lösen, ob es sich — wie Hill will — um eine Zusammenschnürung durch das Zwerchfell oder um einen Spasmus im Oesophagus selbst handelt. S. hält die Annahme von Hill für irrtümlich.

Donelan wirft die Frage auf, welche Bedeutung den von Guisez angestellten Untersuchungen über die Innervation des Oesophagus und der Feststellung von Oppenchowski (Dorpat) zukommt, wonach es besondere dilatorische Zweige des Vagus für die Erweiterung des kardialen Oesophagusendes gibt und wonach die Zusammenziehung der Oeffnung erfolgt mittels Zweigen des Sympathikus durch den grossen Splanchnikus. Dies scheint der Mechanismus zu sein, der gestört ist und die Schliessung der Oeffnung in diesen Fällen hervorruft.

Hill präzisiert noch einmal seinen Standpunkt dahin, dass bei der funktionellen Stenose des phreno-kardialen Teiles des Oesophagus zwar möglicherweise auch die innere Muskulatur des Oesophagus eine Rolle spielt, dass aber die bisher nicht gewürdigte Rolle, die dem Zwerchfell dabei zukommt, von weit grösserer Bedeutung sei.

Irwin Moure demonstriert eine grosse Anzahl von Präparaten.

S. G. Shattock beleuchtet vom Standpunkt des pathologischen Anatomen die Ergebnisse, die sich aus einer Betrachtung der Präparate ergeben. Vor allem spielt dabei die Muskelhypertrophie eine Rolle, deren Grad in den verschiedenen Fällen sehr verschieden ist. In manchen ist der Grad der Muskelverdickung nicht bloss der vermehrten Kapazität des Rohres proportional, sondern ist absolut über dem Normalen. Die Muskelhypertrophie ist als sekundär oder kompensatorisch und als Folge der darunter befindlichen Verlegung anzusehen. Sie bleibt bestehen, solange die Blutzufuhr zu dem dilatierten Oesophagusrohr gut ist; wenn diese infolge Erkrankung der versorgenden Arterien versagt, so tritt sekundär Atrophie ein. Die Verhältnisse liegen ähnlich wie bei der Muskulatur der Blase bei Verengerung infolge Prostatahypertrophie. Die Hypertrophie beschränkt sich auf die zirkulären Fasern.

S. hat, um die genaue Lage und die Ausdehnung des kardialen Sphinkters zu bestimmen, anatomische Präparate angefertigt. Die Verdickung der zirkulären Fasern umfasst sowohl einen Teil des Magens wie des Oesophagusendes und liegt ganz unterhalb des Diaphragmas. Der Sphinkter ist nicht ein einfacher Ring, sondern eine spindelförmige Verdickung von ausreichender Länge, um die Bezeichnung kardialer Kanal gerechtfertigter erscheinen zu lassen als kardiale Oeffnung.

Was die Rolle des Zwerchfells anbelangt, so kommt S. auf Grund von Skiagrammen und Präparaten zu dem Ergebnis, dass möglicherweise eine inhibitorische Erschlaffung des Zwerchfells unmittelbar um den Oesophagus die Dilatation des kardialen Spinkters begleiten kann: ein Versagen des letzteren kann ein Versagen des ersteren nach sich ziehen. Aber an sich tritt der Tonus des Zwerchfells als Ursache der Obstruktion nicht in Wirkung.

(Nach dem offiziellen Sitzungsbericht.)

---

b) Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. November 1919.

Vorsitzender: L. Harmer.

Hajek hält einen Nachruf auf den im Juli verstorbenen Präsidenten der Gesellschaft W. Roth.

Tschiassny: Peritonsillarabszess nach Menzel behandelt.

Pat. war im Herbst 1917, also vor mehr als zwei Jahren von Menzel wegen eines Peritonsillarabszesses operiert und ihm die Drainagekanüle, welche wegen ihrer Manschettenknopfform als der „Menzelsche Manschettenknopf" bekannt ist, eingeführt worden. Pat. hielt es für überflüssig, sich nochmals vorzustellen und behielt den „Manschettenknopf" während seiner Kriegsdienstleistung im Rachen; er hielt ihn wohl für ein therapeutisch oder prophylaktisch wichtiges Agens. Dem Pat. verursachte der Fremdkörper keinerlei Beschwerden und er hat ihn 2 Jahre lang getragen.

Emil Glas: Subakute Laryngitis mit paradoxen (perversen) Atembewegungen der Stimmbänder und daraus resultierender hochgradiger Stenose.

18jähriger Pat. mit schweren Attacken von Atemnot und Zyanose. Rötung und geringe Schwellung der Stimmbänder. Bei Inspiration krampfartig ausgeführte Adduktion der Stimmbänder, wobei die Glottis in Form eines kleinen dreieckigen Spaltes in ihrem hinteren Teil offen bleibt. Es handelt sich also bei diesem Falle um eine Ueberreizung der Adduktoreninnervation mit konsekutiven paradoxen Stimmbandbewegungen, wie man sie nur bei Parese der Rekurrentes oder Hy. wahrzunehmen vermag. In diesem Fall handelt es sich um Hy. (Der Rachenreflex fehlt, Uvulareflex ist herabgesetzt, Patellarreflex gesteigert.) G. schlägt Aufnahme auf die Klinik vor, Anwendung von grossen Bromdosen, Suggestion.

Marschik: Larynxstenose bei Oesophagusfremdkörper, Perichondritis oder Rekurrenslähmung? Tracheotomie und Oesophagotomie.

16jähriges Mädchen mit Atemstenose kam in die Klinik mit der Angabe,

20 Monate vorher eine Blechkapsel verschluckt zu haben. Tracheoskopie ergab hochgradige glatte Vorwölbung der hinteren Trachealwand, Durchleuchtung einen münzenförmigen quergestellten Fremdkörper an typischer Stelle (Jugulum). Oesophagoskopie rief einen Erstickungsanfall hervor, so dass die Tracheotomie gemacht werden musste.

Die nach einigen Tagen in Narkose ausgeführte Untersuchung war ergebnislos: man kam unterhalb des Ringknorpels in eine mit reichlich blutenden Granulationen ausgekleidete Stenose. Oesophagotomie: Dieselbe gestaltete sich sehr schwierig, da ein derbes schwieliges periösophageales Infiltrat vorhanden war; nach Eröffnung des mit schmierigen Granulationen ausgekleideten Lumens konnte der Fremdkörper eingestellt werden. Er konnte mit der Kornzange nur schwer entfernt werden, da er in der Schwiele geradezu eingemauert war. Glatte Heilung. Ausgangsbefund des Larynx lautete: Beide Stimmlippen in Kadaverstellung. Dies ist auch jetzt der Befund; die Aryknorpel sind leicht geschwollen. Es besteht die Frage, handelt es sich um alte Perichondritis oder beiderseitige Rekurrenslähmung. In Rücksicht auf die bei der Oesophagotomie gefundene enorme periösophageale Schwielenbildung wäre letztere Diagnose nicht von der Hand zu weisen.

Weil: Epitheliom des Stimmbandes.

Der 66jährige Pat. hatte seit fast einem Jahre zunehmende Heiserkeit mit Atembeschwerden. Er hatte einen kleinkirschengrossen, kugelrunden, blassroten Tumor mit papillärer Oberfläche, die dünngestielt in der Gegend des linken Proc. vocalis sass und bei der Respiration grosse Beweglichkeit zeigte. Das ganze linke Stimmband zeigte sich etwas verdickt, mit leichthöckeriger Oberfläche von schneeweisser Farbe, die zunächst den Eindruck einer scharf begrenzten, in Abstossung begriffenen pseudomembranösen Auflagerung machte, aber bei mehrtägiger Beobachtung ganz unverändert blieb. Die Abtragung der Geschwulst mit der kalten Schlinge gelang leicht auf den ersten Griff. Die Stimme wurde sofort tönend, wenn auch belegt, die Atmung natürlich frei. Weiterhin wurde Pat. ohne jeden lokalen Eingriff lediglich beobachtet. Das anfänglich etwas starr erscheinende Stimmband wurde deutlich beweglicher, seine weisse Oberfläche blieb vollkommen unverändert. Unterhalb des Proc. vocalis wuchs aber neuerlich ein runder, gestielter Tumor bis zu Erbsengrösse heran, der Ende September gleichfalls mit der kalten Schlinge leicht abgetragen wurde. Inzwischen hatte die Untersuchung der ersten Geschwulst infolge des zu langen Liegens im Alkohol nicht ganz sicher ein Epitheliom gezeigt, was durch die Untersuchung der zweiten Geschwulst bestätigt wurde. Unterdessen wird das linke Stimmband augenscheinlich immer beweglicher, der hintere Teil wird beim Inspirium nach ein- und abwärts gezogen, wie es zuweilen bei Stimmbandablösung bei Tuberkulose vorkommt. Der weisse Belag wurde bisher vollkommen unberührt gelassen und soll jetzt erst zur histologischen Untersuchung kommen. Fränkel und M. Schmidt haben schon erwähnt, dass die Epitheliome zuweilen eine auffallend weisse Farbe zeigen, ohne aber einen histologischen Befund anzuführen.

Kofler hält den Prozess an der Stimmlippe für eine sogen. Hyperkeratose.

J. Fein ist ebenfalls der Ansicht, dass es sich um eine Hyperkeratose der Stimmlippe handelt. Eine Hyperkeratose in der Umgebung eines malignen Tumors ist eigentlich kein ganz ungewöhnlicher Befund.

G. Hofer: 1. Fall von Tumor (Karzinom) der Nase, der vor 3 Jahren von H. radikal operiert worden war und sodann einer sogen. Dauerbestrahlung mit Radium unterzogen wurde. Derselbe blieb bis heute rezidivfrei. (Histol. Zottenkrebs.)

2. Fall von Karzinom der Nase mit Ausdehnung im rechten Siebbein und entsprechender Septumwand, der vom Vortr. radikal operiert worden war und nach Dauerbestrahlung mit Radium ebenfalls bis heute rezidivfrei geblieben ist ($2^1/_2$ Jahre). (Histol. Basalzellenkarzinom.)

3. Fall von Karzinom der linken Nasenseite, vor $1^1/_2$ Jahren radikal operiert und sodann mit Radium nachbehandelt, bis heute rezidivfrei. Die Dauerbestrahlungen, die Kofler und Vortr. 1917—1919 an einer Reihe von Fällen durchgeführt haben, waren mit Radiumträgern von 22—30 mg Radiumbariumsulfat in der Bestrahlungsdauer von 4—7 Tagen angewendet. Die Bestrahlungen werden 2—3mal durchgeführt. Der Vortr. verschliesst sich nicht der Erwägung, dass nur die Nasenhöhle mit ihrer allseits knöchernen Begrenzung die Applikation so intensiver Strahlenenergie zulässt, ohne dass es hierbei zu späteren Störungen kommt, wie sie an den übrigen Körperregionen selbst in Form der Spätschwärzung etwa nach Monaten auftritt.

4. Fall von Zylindroma des Siebbeins. Bei einem 32jährigen Pat. war im Jahre 1917 ein Tumor (Zylindrom) des rechten Oberkiefers durch partielle Resektion der Maxilla radikal operiert worden. Vier Monate nachher wurde Pat. mit kleinem Rezidiv an der mittleren Muschel an der Klinik in Behandlung genommen. Nach dreimal 24stündigen Bestrahlungen (9 mg Radiumalbanusträger) war der kleine Rezidivtumor rasch geschwunden. Zwei weitere prophylaktische Nachbestrahlungen schienen das Leiden behoben zu haben. Im September 1919, also 2 Jahre nach der ersten Operation, kam der Pat. mit neuerlichem Rezidiv in der Gegend der mittleren Muschel an die Klinik. Zudem war eine Protrusion des rechten Bulbus aufgetreten, die das Vorhandensein eines durch das Siebbein in die Orbita penetrierenden Prozesses mit Sicherheit annehmen liess. Oktober 1919 wurde vom Vortr. nach Exenteratio orbitae der Tumor im Siebbein entfernt. Nach Ausräumung der Geschwulstmassen konnte bedauerlicherweise festgestellt werden, dass die Lamina cribrosa in der Ausdehnung von 4—3 cm, also fast vollständig usuriert war und der Tumor breit gegen die vordere Schädelgrube zu eingedrungen war. Vor der Operation war trotz sehr genauer Untersuchung des Status nervosus und genauer Untersuchung im Röntgenbilde von der zerebralen Ausdehnung kein Anhalt vorhanden. Der Pat. überstand den Eingriff relativ gut und soll nunmehr einer energischen Rndiumbehandlung unterzogen werden. Die Prognose bleibt natürlich mehr als dubiös. Aufgabe der Radiumbestrahlung bleibt es nunmehr, den zerebralen Zapfen des Tumors zu beeinflussen. Das Areale des Siebbeins und der Orbita wurde unmittelbar im Anschluss an die Operation 4 Tage radiziert.

5. Typische genuine Ozäna, die durch Vakzinebehandlung nach Hofer-Kofler zur Ausheilung gebracht werden konnte. Der Pat. war im Jahre 1917 mit folgendem protokollarisch eingetragenem Befund notiert worden: Atrophie der unteren Muscheln. stärkere Atrophie der mittleren Muscheln beiderseits, rechts in der mittleren Muschel nur eine schmale Leiste. Krusten trocken, grünlichgelb, besonders reichlich an der rechten mittleren Muschel. Fötor objektiv stark, subjektiv keine Geruchsperzeption.

Die Pat. erhielt zwölf Injektionen und ist seit einem Jahre beschwerdefrei. Derzeit sieht man in der Nase eine noch nachweisbare Atrophie der rechten mittleren Muschel und ganz leichte Verschmälerung der linken mittleren und rechten unteren Muschel. Die Nasenschleimhaut ist normal feucht glänzend von durchaus normalem Aussehen. Keine Beschwerden. Keine pathologische Sekretion oder Fötor. Nur die stark reduzierte echte mittlere Muschel lässt erkennen, dass in der Nase, da kein operativer Eingriff vorgenommen worden war, ein atrophierender Prozess bestand. Bemerkenswert ist es, dass die Pat. nunmehr das Geruchsvermögen wiedererlangt hat.

Marschik: 1. Zwei Fälle von Totalexstirpation der Zunge und des Kehlkopfes in einem Stück wegen Karzinoms des Zungengrundes.

Die beiden vorgestellten Fälle gehören einer Gruppe von Karzinomen an, die wohl in vielen Fällen als inoperabel zu bezeichnen sind. Die ungünstige Lokalisation des meist schon weit vorgeschrittenen Tumors verbietet eine Zungenexstirpation mit konservativer Schonung wenigstens eines Teiles des Larynx, da sonst mit fast sicherer Aspiration und baldigem Ende des Operierten zu rechnen ist. Es bleibt daher nichts übrig als durch Totalexstirpation des Kehlkopfes die Luftwege von den Speisewegen endgültig abzuschalten. M. hat solcherart in der letzten Zeit 4 Fälle operiert. Bei sämtlichen wurde die Operation durchwegs in Lokalanästhesie durchgeführt, wobei im Laufe derselben die schrittweise Unterbrechung zunächst der Plexusnerven, dann der Laryngei superiores, Hypoglossi, endlich Linguales erfolgen musste. Es kam gleichzeitig zur Unterbindung beider Aa. laryngeae superiores und linguales. Nach vorheriger beiderseitiger Drüsenausräumung, Tracheotomie und präparativer Freilegung des Mundbodens oberhalb des Zungenbeines erfolgt die Tunneloperation. Umschneidung der Zunge vom Munde aus, eventuell mit Entfernung beider Tonsillen, sodann Durchziehen in die Halswunde und endgültige Abtrennung samt dem Larynx. Mit Rücksicht auf die Gefährdung der Trachealplastik dürfte es sich empfehlen, die Operation retrograd zu machen, i. e. zuerst den Kehlkopf freizulegen, abzutrennen und die Trachea sowie die Drüsenexstirpationswunden vollständig zu versorgen, dann erst die Tunneloperation anzuschliessen. In 2 Fällen wurde diese Methode auch mit gutem Erfolge angewendet. In dem einen Fall hat M., da die Zunge nur im hintersten Drittel karzinomatös war, versucht, die vordere Hälfte zu erhalten und nach Exstirpation der hinteren Hälfte samt Larynx, da die zurückgebliebene vordere Hälfte ohne Gefässe und Nerven für die Mundhöhle wertlos war, sie hinabzuziehen und mit dem heraufgezogenen Hypopharynx zu vernähen und damit einen primären Verschluss des grossen vorderen Pharynxdefektes mittels gesunder, zusammenhängender Schleimhaut zu bewerkstelligen. Tatsächlich war der Wundverlauf ausserordentlich befriedigend, es kam zur fast vollkommenen primären Nahtheilung, wahrscheinlich infolge der reichen Gefäss- und Lymphgefässversorgung der Zunge. Jedoch bildete die hinabgezogene, die Stelle des Zungengrundes einnehmende Zungenspitze dann ein Schluckhindernis analog einem Tumor des Zungengrundes.

2. Rezessuskarzinom. Radikaloperation mittels lateraler Pharyngotomie und Erhaltung des Larynx.

Es handelt sich um ein sogenanntes Hypopharynxkarzinom (postcricoid carcinoma der Engländer und Amerikaner) bei einem 65jährigen Mann. Diese

Tumoren werden nach Gluck gewöhnlich mit querer Pharynx-Larynxsektion operiert. Gleichwohl ist immer wieder versucht worden, diese Fälle mit Schonung des Larynx zu operieren und es haben besonders auch Engländer (Trotter und Waggett), Uchermann u. a. dieser Methode zum Durchbruch zu verhelfen gesucht. An der Klinik wird im allgemeinen die Glucksche Methode angewendet, doch hat M. in einigen Fällen die Erhaltung des Larynx versucht. In dem vorgestellten Falle verweigerte Pat. die Exstirpation des Larynx und M. versuchte, nach beiderseitiger radikaler Drüsenausräumung durch laterale Pharyngotomie den Tumor, der bis unterhalb des Ringkorpels reichte, mit Schonung des Larynx zu entfernen. Der Versuch ist im allgemeinen gelungen, er konnte sogar den Nervus laryngeus superior dieser Seite erhalten, jedoch musste der Ringknorpel auf eine grosse Strecke hin freigelegt und der Aryknorpel derselben Seite entfernt werden. Der durch die Pharynxresektion entstandene Defekt wurde primär durch den Hautlappen gedeckt und man sieht derzeit das fast verheilte Pharyngostoma neben und hinter dem Larynx, welches in den Oesophagus, bzw. Pharynx führt. Der Pat. wurde behufs Larynxtamponade tracheotomiert, die Kanüle konnte auch heute (3 Monate nach der Operation) wegen Larynxödems noch nicht entfernt werden.

M. Hajek: Fälle, wie der von Herrn Marschik demonstrierte, repräsentieren jedenfalls die äussersten Grenzen der Operabilität. Ein definitives Urteil über das Endergebnis dieser Fülle liegt noch nicht vor.

Kofler zeigt das mikroskopische Präparat eines Nasenpapilloms und teilt den histologischen Befund mit, der vom pathologisch-histologischen Institut Prof. O. Stoerk (Dozent Dr. Bauer) ausgestellt ist. Das Präparat stammt von einem 45 jährigen Pat., bei dem auf der Schleimhaut des knorpeligen Septums linkerseits ganz vorn 2 papillomähnliche Gebilde verschiedener Grösse sassen.

K. hat während 15jähriger Tätigkeit an der laryngologischen Universitätsklinik nur 2 Fälle von Nasenpapillomen gesehen.

Schlemmer stellt einen Patienten vor, bei dem er vor 4 Monaten wegen Carcinoma laryngis und einem faustgrossen Drüsentumor links am Halse die Totalexstirpation des Larynx vorgenommen hat, wobei die linke Carotis communis, die Jugularis, der Vagus und Akzessorius in grosser Ausdehnung reseziert werden mussten.

Pat. hat die Unterbindung der Carotis gut vertragen. Es wurde zuerst eine Seidenligatur um den Stamm der Carotis communis gelegt, ohne sie jedoch zunächst zuzuziehen. Vielmehr drosselte Verf. die Arterie zunächst etwa auf die Hälfte ihres Querschnitts und führte unterdessen die Ablatio laryngis mit plastischem Verschluss des eröffneten Pharynx durch. Von Zeit zu Zeit wurde die um die linke Carotis communis gelegte Ligatur etwas mehr zugezogen, so dass gewiss mehr als $^1/_2$ Stunde vergangen sein mochte, bis das Gefäss gänzlich abgeschnürt war. Verf. nimmt an, dass auch der wachsende Tumor selbst vorher die Carotis communis schon langsam eingeengt hatte. Pat. arbeitet seit 6 Wochen in einer Werkstatt und hat keinerlei Ausfallserscheinungen, kann sogar verständlich sprechen.

R. Feuchtinger: 1. Schrapnellsteckschuss an der Schädelbasis.

Bei einer Explosion August 1919 drang die Kugel durch das rechte Auge und blieb im Kopf stecken. Entfernung des zerstörten rechten Auges; seither Schwindel-

anfälle und Kopfschmerzen. Untersuchung des Nasenrachenraums ergab Verbreitung des oberen Endes des Septumrandes, Choanen beiderseits, besonders von rechts her, durch Schwellung am Rachendach eingeengt. Röntgenbild zeigt das Geschoss in der Medianlinie am Ansatz der Flügel des Vomer am Keilbein. Es wird eine typische submuköse Septumresektion gemacht und die knöcherne Scheidewand bis auf den hintern Rand verfolgt. Eine eingeführte Sonde zeigte auf dem Röntgenschirm die richtige Direktion; es gelang nun leicht, die Kugel zu entfernen. Die Keilbeinhöhle wurde nicht eröffnet.

2. Demonstration eines Präparates von Rezessusbildung im Oesophagus.

Verf. fand als Nebenbefund bei einer Sektion an der Hinterwand des Ringknorpels und etwa 4 cm tiefer je eine kronengrosse, runde, von normaler Schleimhaut bedeckte Ausbuchtung. In der Umgebung keine Narbenbildung oder Pigmentierung. Auffallend ist der Sitz, da Divertikel sonst nur an der Hinterwand vorkommen.

Marschik hat in einem Fall mehrere bis kirschgrosse divertikelartige Ausstülpungen der Hinterwand des Oesophagus in dessen Halsteil gesehen.

Emil Glas referiert über folgende Fälle: 1. Chronisches Larynxödem mit kolossaler Einengung der Glottis bei grosser, lange bestehender, nicht maligner Struma.

Solche Fälle von durch Strumakompression hervorgerufener starker Transsudatbildung in das submuköse Zellgewebe des Larynx gehören zu den Seltenheiten. Die Pat. adaptieren sich im Laufe der Zeit an das geringe Luftquantum.

2. Akutes Oedem des Larynx mit kolossaler Einengung der Glottis bei akutem angioneurotischem Oedem. Dauer des Prozesses: $1^1/_2$ Tage.

Ein 70jähriger Pat. erkrankt innerhalb einer Stunde an Atemnot. Eine Stunde darauf: Hochgradige Stenose. Epiglottis kolossal ödematös, die beiden aryepiglottischen Falten gleich schlappen Säcken in das Larynxlumen hängend. Oedem beider unteren Augenlider. Anamnese: Hie und da auftretendes starkes Oedem an anderen Körperstellen. Zuletzt kolossales Skrotumödem (einen Tag anhaltend). Diagnose: Akutes angioneurotisches Larynxödem. Therapie: Anstaltsbehandlung, Eiskrawatte, Hochlagerung, Sauerstoffapparat. Die Tracheotomie konnte umgangen werden. Am Abend des nächsten Tages war der Prozess abgelaufen.

3. Starkes Oedem der linken Aryepiglottfalte ein Gumma deckend, das zur weiteren richtigen Diagnose eines tiefsitzenden Trachealgummas (mit hochgradiger Stenose) geführt hat. Spezifische Therapie. Heilung.

Ein 28jähriges Fräulein erkrankt an starker Atemnot, die allmählich stärker wird. Keine Heiserkeit. Dämpfung über dem Manubrium sterni. Röntgenbefund macht einen Mediastinaltumor wahrscheinlich mit Rücksicht auf die starke Verbreiterung des Schattens. Sehr stark geschlängelte gefüllte Venen über dem Sternalgebiet. Mit Rücksicht auf die zunehmende Stenose wurde die Eröffnung des vorderen Mediastinums chirurgischerseits vorgeschlagen. Inzwischen tritt Heiserkeit auf. Laryngologischer Befund: Starkes Oedem der linken Aryepiglott-

falte, welches nach Aufträufelung von Kokain-Tonogen ein von aufgeworfenem Rande umgrenztes Gumma (subglottisch) erkennen lässt. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Weiteres tiefer sitzendes Gumma, die Stenose erzeugend. Spezifische Therapie. Wassermann schwach positiv. Späteres Auftreten eines Periostalgummas des Margo supraorbitalis rechts. Nach Ablauf des endolar. Prozesses Ausführung der Tracheoskopie, welche in der Tiefe nahe der Bifurkation linkerseits ein dem oberen Gumma ähnliches, mit aufgeworfenem Rande versehenes Geschwür erkennen lässt.

4. Fall von retrobulbärer Neuritis, der eine Schwellung des hinteren Endes der mittleren Nasenmuschel links bei Verstrichensein der Fissura olfactoria aufwies. Glas' Stimmgabelversuch geht deutlich nach links. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Hintere Entzündung einer Nebenhöhle links. Einlegen von Novokain in die linke Fissura olfactoria. Pat. berichtet, dass im Anschluss an diese Prozedur eine grössere Menge Sekret links aus der Nase gekommen sei, und dass sie am kommenden Tage bereits wesentlich besser gesehen habe. Seitdem bessert sich das Sehvermögen von Tag zu Tag. Glas kommt im Anschluss an diesen Fall nochmals auf seinen Stimmgabelversuch zurück und führt folgendes aus: Die vor einigen Jahren gemachte Mitteilung, dass die über der Nasenwurzel in der Mittellinie aufgesetzte Stimmgabel von den an Nebenhöhlen erkrankten Pat. nach jener Seite hin stärker gehört wird, wo die Erkrankung vorhanden ist, wurde von Kofler, Fein, Freystadtl und Oppikofer nachgeprüft. Nur Oppikofer hat in einer Arbeit die Angaben nicht bestätigt.

J. Fein hat mit dem Stimmgabelversuch in vielen Fällen richtige Resultate erzielt, hat ihn aber als überflüssig aufgegeben. Dass in dem von Glas vorgestellten Fall, in dem der Stimmgabelversuch zur Diagnose einer Nebenhöhlenaffektion geführt haben soll, die mittels der anderen Methoden nicht erkannt werden soll, eine Nebenhöhlenerkrankung überhaupt vorlag, ist nicht einwandfrei bewiesen.

Emil Glas demonstriert einen Zungenspatel in das Whiteheadsche Spekulum eingefügt, der für Fälle von Tonsillenenukleation, im Aetherrausch ausgeführt, bestimmt ist, um die die Zunge niederhaltende störende dritte Hand zu vermeiden.

III. Briefkasten.

The Journal of Laryngology and Otology.

Das Journal of Laryngology, Rhinology and Otology, das im Jahre 1887 von Morell Mackenzie begründet und in den letzten neun Jahren von Dan M'Kenzie redigiert wurde, ist in den Verlag von Oliver und Boyd, Edinburgh, übergegangen und erscheint jetzt als Journal of Laryngology and Otology unter der Redaktion von A. Logan Turner und J. S. Fraser. Es ist die einzige oto-laryngologische in Grossbritannien erscheinende Zeitschrift.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVII. Februar 1921. No. 2.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

herausgegeben
von
GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXVII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1921) **25 Mark.**

Berlin 1921.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVII. Berlin, Februar. 1921. No. 2.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Deodato de Carli. Klinischer statistischer Bericht der Universität für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke in Rom 1919/1920.** *Rendiconto statistico clinico per l'anno scolastico 1919/1920.*

Poliklinisch wurden 2883, klinisch 347 Patienten behandelt. Unter den im einzelnen mitgeteilten Fällen sei hervorgehoben ein Myxofibrom des Nasenrachenraums, ferner ein Fall von syphilitischer Narbenstenose des Hypopharynx, die durch Transplantation eines Hautlappens vom Halse geheilt war, bei der aber Dysphagie auftrat infolge eines grossen Bündels mit einander verfilzter Haare, die auf dem Lappen gewachsen waren; das Haarbündel wurde in toto in Schwebelaryngoskopie entfernt. Danach konnte man den Larynx untersuchen und fand — Pat. trug seit langem eine Kanüle — ein impermeable Stenose des Larynx; es wurde die Laryngostomie gemacht, gegen das Wiederwachsen der Haare wurde Radium eingeführt.

CALAMIDA.

2) **Guglielmo Bilancioni. Ohr und Nase im anthropometrischen System Leonardo da Vincis. (L'orecchio e il naso nel sistema antropometrico di Leonardo da Vinci.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica d. R. Università di Roma. Anno XVII. 1919.*

Diese Arbeit, die von staunenswerten Kenntnissen des Verf.'s zeugt, enthält eine Fülle des Interessanten für den Anthropologen und den Kunsthistoriker. Nach einem Ueberblick über die Entwicklung der Anthropometrie und der Physiognomienkunde kennzeichnet Verf. den von Leonardo aufgestellten Kanon der Proportionen. Er hat aus Leonardos Schriften alles zusammengetragen, was sich auf die Stellung von Ohr und Nase in dessen anthropometrischem System bezieht. Auch für den Rhinologen bietet das, was Leonardo über die verschiedenen Formen der Nase und ihre physiognomische Bedeutung sagt und an seinen — hier wiedergegebenen — Zeichnungen auseinandersetzt, das höchste Interesse.

FINDER.

3) **Otto Braud** (Hannover). **Ein Fall von Spindelzellensarkom der Thymus, zugleich ein Beitrag zur Frage und Bedeutung des Vorkommens drüsiger Elemente in der Thymus.** Aus dem pathol. Inst. Bremen. *Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 24. S. 445. 1920.*

Bei einem 28 Jahre alten Mann, der an luetischer Zerebrospinalmeningitis starb, fand sich obiger Tumor, von dem der Verf. sechs mikrophotographische Abbildungen gibt. DREYFUSS.

4) **Albrecht** (Tübingen). **Ueber Veränderungen in den oberen Luft- und Speisewegen bei Myotonia atrophica.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33 S. 145.*

A. weist an der Hand einiger Krankengeschichten nach, dass die Myotonia atrophica auch Veränderungen in den oberen Luft- und Speisewegen hervorruft. Es kommen Sprachstörungen zustande, hervorgerufen durch Veränderungen myotonischer und dystrophischer Art in der Zunge, den Lippen und dem Gaumensegel. Besonders das letztere wird stark befallen, so dass es zu einer papierdünnen Membran wird. Häufig stellen sich auch Schluckbeschwerden ein, hervorgerufen durch spastische und atrophische Zustände in der Rachen- und Speiseröhrenmuskulatur. Im Befallenwerden der einzelnen Muskelgruppen scheint eine gewisse Reihenfolge zu liegen. Danach werden in erster Linie das Gaumensegel, dann Zunge und Rachen von dem Krankheitsprozess ergriffen. Etwa in der Hälfte der Fälle lag eine Mitbeteiligung der Speiseröhrenmuskulatur vor. BRADT.

5) **Jebens** (Itzehoe). **Ueber Maul- und Klauenseuche beim Menschen.** *Med. Klinik. S. 1921.*

Unter der ländlichen Bevölkerung an der Westküste Holsteins, wo auch die Maul- und Klauenseuche unter dem Rindviehbestand verheerend auftrat, wurden beim Menschen eine Anzahl von Erkrankungen beobachtet, aber nur in einem Falle schwere Veränderungen der Mundschleimhaut in Form von flachen Geschwüren an der Wangenschleimhaut und dem weichen Gaumen. Sonst zeigten sich im allgemeinen nur einzelne Bläschen an den meist spröden und rissigen Lippen und Rötung und Schwellung des Zahnfleisches der Schneidezähne. Auffallend günstig wirkten intravenöse Kollargolinjektionen. SEIFERT.

6) **Richard Lederer. Die Behandlung des Keuchhustens mit Höllensteinpinselungen.** *Wiener klin. Wochenschr. 25. November 1920.*

Verf. bestätigt durch seine an 25 Fällen von Pertussis gesammelten Erfahrungen die von Ochsenius (Therapie d. Gegenwart, 1919, S. 502) mittels Pinselungen des Rachens mit 2proz. Höllensteinlösung erzielten guten Resultate. Es wurde das spastische Stadium abgekürzt, die Nachtanfälle wurden vermindert, schon lange bestehende Anfälle beseitigt. Auf Grund mehrerer hier ausführlich wiedergegebener Beobachtungen kommt jedoch Verf. zu dem Ergebnis, dass die Wirkung der Lapispinselung wahrscheinlich keine spezifische gegen die Infektion selbst gerichtete, sondern eine suggestive sei. HANSZEL.

7) **R. Singer** (Breslau). **Mesothorium bei malignen Tumoren der oberen Luftwege.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 170.*

S. bringt die Krankengeschichten einer Anzahl Tumoren, die mit Mesothorium bestrahlt wurden. Die Sarkome zeigten alle befriedigende Resultate, während von den Karzinomfällen kein einziger geheilt wurde. Metastasen in den regionären Lymphdrüsen konnten nicht beeinflusst werden, dagegen reagierten diese auf intensive Röntgenbestrahlung. Dem Geschlecht nach waren 12 Männer und 2 Frauen in Behandlung; letztere sämtlich mit Sarkomen. BRADT.

8) **Beck** und **Rapp** (Heidelberg). **Ueber die Strahlenbehandlung der malignen Geschwülste der oberen Luft- und Speisewege.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 159.*

Die Verf. empfehlen mehr wie bisher zur Behandlung bösartiger Neubildungen die Strahlenbehandlung heranzuziehen. Besonders gute Erfolge wurden bei inneren Larynxtumoren gemacht, auch bei inoperablen. Bei äusseren Kehlkopfkarzinomen und bei denen des Epipharynx sind die Erfolge denen einer Operation gleichzustellen, so dass die Strahlenbehandlung der operativen Behandlung vorzuziehen ist, abgesehen von den Fällen, die gleich im Anfang diagnostiziert werden. Bei Tumoren der Nase und ihrer Nebenhöhlen konnten weder durch Bestrahlung noch durch Operation besondere Resultate erzielt werden. BRADT.

9) **W. Denk. Die Gefahren und Schäden der Lokal- und Leitungsanästhesie.** *Wiener klin. Wochenschr. 1920.*

Verf. sieht von den Kokainschäden ab und bespricht nur die Schädigungen nach Anwendung von Novokain, Alypin, Stovain und Adrenalin.

Nach Einspritzungen von Novokain für Hals- und Kopfanästhesien beobachtete Härtel noch Vergiftungserscheinungen mit solchen Dosen, die im übrigen Körper anstandslos weit überschritten werden können. Es müssen nicht einmal schwächliche anämische Menschen sein, die so reagieren; offenbar gibt es Idiosynkrasien. Nach Härtel sind 250 g der 0,5proz. Lösung (1,25 g Novokain), 125 g der 1proz. Lösung und 40 g der 2proz. Lösung (0,8 g Novokain) Maximaldosen bei der Einspritzung in das Gewebe. Bei höheren Konzentrationen findet rascherer osmotischer Ausgleich und raschere Resorption statt. Ein Teil der Vergiftungserscheinungen, von denen Verf. eine Anzahl in der Literatur berichteter Fälle mitteilt, ist auf versehentliche intravenöse Injektion zurückzuführen, wofür ebenfalls Beispiele angeführt werden.

Vor der Injektion von Alypin ist dringend zu warnen; die Maximaldosis wird von Schröder auf 0,05 g, von Impens auf 0,2 angegeben. Es werden eine Anzahl von Todesfällen nach Injektion von 2proz. Alypinlösung berichtet.

Auch nach Adrenalininjektionen ist eine Reihe von Todesfällen berichtet (Freudenthal, dieses Zentralbl., 1912, S. 241).

Es werden dann noch besprochen die Gewebsschädigungen, die besonders nach Injektion alter Lösungen eintreten können, z. B. Nekrose nach Injektion zur Zahnextraktion, vorübergehende Erblindung nach Injektion in die Orbita. Besonders starke gewebsschädigende Eigenschaften hat das Eukupin.

Die Arbeit enthält eine grosse Menge wissenswerter Einzelheiten.

HANZEL.

10) Edward J. Brown. **Ein einfacher Apparat zur Kalomelverdunstung in der Behandlung von allgemeinen und lokalen Zuständen. (Calomel fumigations in the treatment of constitutional and local conditions. A simple apparatus.)** *The Laryngoscope. März 1917.*

B.'s Apparat wurde im Journal of the Amer. med. Assoc., Juni 1913, beschrieben. Zur Verflüchtigung des Kalomels wird eine Bunsen-Lampe und ein drei Zoll langes eisernes Rohr mit 1—2zölligem Kaliber zur Aufnahme des Kalomels gebraucht. Dieses grössere Rohr wird mit einem sechszölligen mit 1—4 Zoll Kaliber und dieses letztere mit einem kurzen Gummirohr und konischem Glasrohr verbunden. Das Glasrohr ist zur Einführung in ein Nasenloch bestimmt, behufs Einatmung des Kalomels. Der Verf. gibt verschiedene Luesfälle an, welche besser wurden. Das Interessante aber an dem Bericht ist die Aussage des Verf.'s, dass hartnäckige Kieferhöhlen-, Siebbein- und Stirnhöhleneiterungen durch Einbringen des Kalomeldunstes in diese Nebenhöhlen mittels Lewis A. Coffins Saug- und Druckpumpe sehr günstig beeinflusst wurden.

O. T. FREER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

11) John W. Durkee. **Das Verhältnis des Luftdrucks in der Nase zu Ohrenkrankheiten. (The relation of air pressure in the nose to ear disease.)** *The Laryngoscope. November 1916.*

Sorgfältig ausgeführte Versuche mit einem vom Verf. erdachten Luftdruckmesser zeigten, dass der durch Verlegung der Nase erzeugte negative Druck in der Nase und dem Nasenrachenraum, gleichgültig ob der Mund offen oder geschlossen ist, ob der Pat. schluckt oder nicht, zu gering ist, um Ohrenkrankheiten zu erzeugen.

O. T. FREER.

12) G. van Gangelen. **Die Röntgenuntersuchung der Tränenwege.** *Acta Oto-Laryngologica. Vol. II. Fasc. 4. 1921.*

Verf. spritzt in den vorher ausgedrückten Tränensack eine Mischung von 2 Teilen Wasser mit fein zerriebenem Bariumsulfat. Die Aufnahmen der Tränenwege wurden bisher immer in 2 Richtungen gemacht, nämlich fronto-okzipital und bitemporal. Für eine einfache Bestrahlung, auch um festzustellen, ob der Tränensack gänzlich gefüllt ist, ist die bitemporale Richtung zweifellos die beste. Um auch die Grösse des Tränensackes so gut wie möglich wiederzugeben, hat G. die von Rhese angegebene Stellung (Arch. f. Laryng., Bd. 74) erprobt und — wie er des näheren auseinandersetzt — zweckmässig befunden. In der Rheseschen Stellung erhält man das grösste Bild des Tränensackes und es können in einer einzigen Aufnahme auch Formveränderungen deutlich gemacht werden.

FINDER.

13) A. Sonnen und H. Weve. **Bestimmungen des Widerstandes im Tränengang.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 17. S. 1497. 1920.*

Eine feine Kanüle wird durch einen Kanalikulus in den Tränensack gebracht und mittels Gummischlauchs und eines kleinen Glastrichters der Widerstand beim

Einlauf von Flüssigkeit gemessen. Durch Hebung des Trichters wurde erstens der Druck bestimmt, bei dem der Pat. die Flüssigkeit in der Nase fühlt, dann durch Senkung der Druck bestimmt, bei welchem der Pat. nichts mehr spürt. Diese Bestimmungen wurden zweimal gemacht. Die erstgemessene Druckhöhe betrug im Mittel 25 ccm, das erste Minimum $2^1/_4$ ccm. Bei der zweiten Messung war die benötigte Druckhöhe kleiner. Bei Dakryozystitis und Stenose waren die Werte bedeutend höher. Diese Untersuchungsmethode macht es manchmal möglich, eine Unterscheidung zu treffen zwischen gestörtem „Pumpmechanismus“ und erhöhtem Widerstand. In der Diskussion (das Referat betrifft einen Vortrag in der augenärztlichen Gesellschaft) wurde von H. K. de Haas bemerkt, dass eigentlich auf diese Weise nicht der „Widerstand“ gemessen wird, der ein hydrodynamischer Wert ist, sondern ein hydrostatischer Wert, die Kraft, die nötig ist, um einen Meniskus aus der untersten Oeffnung des Tränenkanals zu treiben. van der Hoeve meint, dass nur die Elastizität des Tränensackes gemessen wird. Demgegenüber behauptet Weve, dass auch, wenn diese Einwände gültig wären, doch die Bestimmung der Minima Wert behalte.

v. GILSE.

14) **Paul Hannen. Ueber den syphilitischen Primäraffekt im Naseninnern.** *Inaug.-Diss. Bonn 1920.*

Verf. stellt die in der Literatur niedergelegten Fälle von Primäraffekt im Naseninnern zusammen und fügt drei Fälle aus der Praxis seines Lehrers Prof. Hoffmann hinzu; in den 3 Fällen, die einen Spezialarzt für Nasenkranke, einen Wärter und eine Hebamme betreffen, erfolgte die Infektion durch Bohren mit dem Finger in der Nase. Der Sitz des Primäraffekts war in diesen Fällen vorn am Septum.

FINDER.

15) **Wodak** (Prag). **Nasenlues.** *Med. Klinik. 8. 1925. S. 148.*

Ein 13jähriger Knabe bekam eine Schwellung des knöchernen Nasengerüstes, besonders in der Gegend der Nasenwurzel. Später zeigten sich am Septum, an den Nasenmuscheln und am Nasenboden leicht blutende Granulationen, die klinisch und mikroskopisch als Tuberkulose erkennbar waren. Lokale Behandlung sowie Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne brachte Heilung. Wassermann stark positiv, was die unklare Knochenaffektion als tertiäre Form einer hereditären Lues ansprechen liess, also Kombination von Lues mit Tuberkulose.

SEIFERT.

16) **O. Fischer** (Berlin). **Erfolgreiche Behandlung eines Falles von chronischem Nasenrotz mittels Autovakzine.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 3. S. 73. 1920.*

Der Kranke hatte vor Beginn seines Leidens rotzkranke Pferde in den Karpathen zu pflegen gehabt. Die richtige Diagnose wurde erst nach $3^1/_2$ Jahren gestellt. Die Behandlung mit Autovakzine hatte neben lokaler Behandlung einen raschen Erfolg. Nach einigen Wochen trat jedoch ein Rezidiv auf. Eine neue Kur konnte nicht zu Ende geführt werden, über den definitiven Ausgang konnte bisher nichts in Erfahrung gebracht werden.

R. HOFFMANN.

17) **F. König. Ueber die Verwendbarkeit der Knorpelplastik, insbesondere zur Wiederherstellung der knorpligen Nasenteile.** Würzb. physik.-med. Gesellsch., Sitzung v. 13. November 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 1. S. 31. 1920.*

K. ist der Meinung, dass knorplige Teile durch Knorpelplastik ersetzt werden sollen. Er hält dafür, dass die Chondroplastik für den Naseneingang das Normalverfahren werden muss. Keine Plastik kommt der Natur so nahe wie die freie Ohrmuschelübertragung. Sie weiter auszubilden, ist das Ziel der Chondrorhinoplastik.

R. HOFFMANN.

18) **Brünings. Ueber eine neue operative Behandlungsmethode der Ozäna.** Greifswalder med. Verein, Sitzung v. 24. Okt. 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 3. S. 88. 1920.*

Besprechung der operativen Verfahren von Lautenschläger und Wittmaack, ihrer Vorzüge und Nachteile.

R. HOFFMANN.

19) **Louis G. Kaempfer. Deformitäten der Nasenscheidewand bei Kindern. 314 Fälle. (Nasal septum deformity in children. 314 cases.)** *The Laryngoscope. Dezember 1917.*

220 Kinder, welche Otitis media chronica, vergrösserte Mandeln und adenoide Wucherungen hatten, wurden untersucht. Unter diesen zeigten 108 Deformitäten der Nasenscheidewand und von diesen waren 65 einfache Verdickungen und 43 Verbiegungen der Nasenscheidewand. Unter 214 Kindern der ersten vier Lebensjahre zeigten 105 Deformitäten der Scheidewand oder 49 pCt. Unter 99 ein Jahr alten oder jüngeren Kindern zeigten 32 pCt. bemerkbare Deformitäten der Scheidewand. Das jüngste Kind mit einer Nasenscheidewandverkrümmung war drei Monate alt. Trotz dieses Befundes sind die Nasenscheidewanddeformitäten nicht als kongenital zu betrachten, sondern immer später erworben. Je älter die Kinder, desto mehr Verkrümmungen und Verdickungen.

O. T. FREER.

20) **de Quervain** (Bern). **Osteofibrosarkom des linken Oberkiefers.** *Schweizer med. Wochenschr. No. 29. 1920.*

Der bei einem 13jähr. Knaben seit 5 Jahren bestehende Tumor wurde durch Resektion des Oberkiefers unter Lokalanästhesie (!) nach Unterbindung der Karotis entfernt. Frühes Einsetzen einer Zahnprothese. Resultat ganz befriedigend, auch kosmetisch. Kein Rezidiv.

Das Wachstum dieser Osteofibrosarkome des Oberkiefers kann sich über Jahrzehnte erstrecken, zuerst in Form gutartiger spongiöser Osteome.

JONQUIÈRE.

21) **Maurice Sourdille. Zahnzyste des Oberkiefers; ein Beitrag zu ihrer chirurgischen Behandlung. (Dental cysts of the superior maxilla; a contribution to their surgical treatment.)** *The Journ. of Laryng., Rhin. and Otology. Juli 1920.*

Verf. rät, nach Entfernung der vorderen knöchernen Zystenwand die knöcherne Scheidewand, die die Zyste von der Nasenhöhle oder dem Antrum trennt, zu resezieren, die Höhle auf dem nasalen oder antronasalen Weg ein paar Tage zu tamponieren, während die Wundränder der oralen Wunde sich anein-

anderlegen und schliessen. Bisweilen bleibt aber die Verengung der Wundränder aus und es bleibt eine Fistel zwischen Mundhöhle und Nase oder Antrum. In einem solchen Fall hat Verf. diese Fistel durch eine Plastik mittels eines Lappens aus der Oberlippe geschlossen.

FINDER.

22) **Edward D. D. Davis. Maligne Geschwülste des Oberkiefers und Antrums. (Malignant growths of the upper jaw and antrum.)** *The Lancet. 27. November 1920.*

Verf. hat 39 Fälle beobachtet; nicht dazu gerechnet sind Fälle, wo der Tumor von Nasenrachen, Mundhöhle, Gaumen sekundär den Oberkiefer ergriffen hat. Die Fälle verteilen sich ihrer histologischen Natur nach folgendermassen: 19 Plattenzellenkarzinome, 5 Rundzellensarkome, 7 Endotheliome oder Zylinderzellenkarzinome, 3 papillomatöse Geschwülste, 2 Chondrosarkome, 2 Spindelzellensarkome, 1 melanotisches Sarkom.

Von den Pflasterzellenkarzinomen wurden 13 operiert; bei 6 trat innerhalb von einem Jahr Rezidiv auf, 3 sind seit 12 Monaten bis $2^1/_2$ Jahren rezidivfrei, bei 4 ist das Resultat unbekannt. Die Rezidive traten auf in der Wange, Orbita, Siebbein und gelegentlich Metastasen in den Zervikaldrüsen. Bei allen 4 Fällen von Rundzellensarkom trat Lokalrezidiv auf. Die 7 Endotheliome waren 3 bis $5^1/_2$ Jahre rezidivfrei. Die beiden Spindelzellensarkome befinden sich noch $5^1/_2$ Jahre nach der Operation wohl. Gewöhnlich fand sich, dass die Geschwulst ausgebreiteter war, als man vermutet hatte; andererseits waren Fälle darunter, die hoffnungslos schienen und doch besser verliefen, als man erwartet hatte. Verf. gibt dann eine Beschreibung der von ihm befolgten Operationstechnik.

FINDER.

23) **Nicola Leotta. Das Osteom der Kieferhöhle. (L'osteoma del seno mascellare.)** *Atti d. Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica d. Università di Roma. Bd. XVII. 1919.*

Verf. berichtet über ein Osteom der Kieferhöhle. Es bestand seit 2 Jahren eine harte indolente Schwellung der linken Wange, die allmählich zunahm und schliesslich einen grossen Teil des Oberkiefers und harten Gaumens einnahm. Die Schwellung hatte die Grösse einer Mandarine, reichte nach hinten bis zum vorderen Rande des aufsteigenden Oberkieferastes, blieb jedoch von diesem getrennt, nach oben bis zum Jochbein, nach unten bis zur unteren Grenze des Oberkiefers, nach vorn bis 1 cm hinter dem Nasenflügel. Pat. war kaum imstande den Mund zu öffnen. Die Geschwulst nahm auch die linke Seite des harten Gaumens ein. Durchleuchtung ergab tiefen Schatten, desgleichen Röntgendurchstrahlung. Diagnose wurde auf Osteom der linken Kieferhöhle gestellt. Es wurde die Resektion des Oberkiefers gemacht; Pat. wurde völlig geheilt. Die Untersuchung des Präparates bestätigte die Richtigkeit der Diagnose.

CALAMIDA.

24) **Virginius Dabney. Grosses Cholesteatom nach Luc-Caldwellscher und Killianscher Operation, Sarkom vortäuschend. (Extensive cholesteatoma following the Luc-Caldwell and Killian operations, simulating sarcoma.)** *The Laryngoscope. November 1916.*

Die Krankheit des 42jährigen männlichen Pat. begann mit Exophthalmos

des linken Auges. Das linke Nasenloch war durch eine Scheidewandverkrümmung fast verschlossen. Im linken mittleren Nasengang ergab Sondenuntersuchung Nekrose und Polypen, doch bestand keine Eiterung. Die Protrusio bulbi nahm, mit Chemosis verbunden, zu. Es bestand Fieber und Delirium. Die linke Kieferhöhle wurde in der Fossa canina eröffnet und es fand sich viel stinkender Eiter. Da die ganze linke nasale Kieferhöhlenwand nekrotisch war, so wurde sie reseziert und und die linken Siebbeinzellen dabei möglichst entfernt. Nach vorübergehender Besserung und Rückgang der Protrusio bulbi erschien diese mit der Chemose wieder, so dass am fünften Tage der Krankheit eine Killiansche Operation gemacht wurde. Die Stirnhöhle war leer, aber der Processus frontalis des Oberkiefers wurde „erkrankt" gefunden (d. h. verdickt) und war von Elfenbeinhärte. Noch übriggebliebene vordere Siebbeinzellen wurden auch hart und verdickt gefunden und mussten mit dem Meissel entfernt werden. Nach zehn Tagen schien die Sache ausheilen zu wollen, doch hörte der Kopfschmerz nicht auf und nach zehn Tagen zeigte sich eine beginnende infraorbitale Infiltration, welche sich später zum Abszess ausbildete ued eröffnet wurde. Die Schwellung blieb bestehen und zwei Monate darauf vergrösserte sie sich, wurde sehr hart und erreichte den unteren Rand des Unterkiefers. Druck auf die Wange presste einen dicken, stinkenden, grauen Ausfluss aus der Nase und einer Fistel im Wangenbein. Mit dem Finger fühlte man in der Nase, dass der ganze Boden der Augenhöhle, ihre ganze innere Wand, die ganze äussere Wand der Kieferhöhle mit der unteren Muschel und dem Wangenbein verschwunden waren. Es bestand so eine Höhle, deren Dach der Bulbus, deren Boden der Processus alveolaris, deren vordere und innere Wand die Nasenscheidewand und deren äussere Wand die Wange waren. Diese enorme Höhle war mit einer teigigen Cholesteatommasse erfüllt.

O. T. FREER.

25) **Boenninghaus. Ueber die Luftembolie bei Kieferhöhlenpunktion.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 318.*

B. weist darauf hin, dass die Kieferhöhlenpunktion mitunter eine Anzahl von Schädigungen hervorruft, die teils in der Form von einfachen Temperatursteigerungen, ja allgemeiner Sepsis oder örtlicher Phlegmone der Punktion folgten, teils aber in rätselhafter Weise während der Punktion selbst eintraten. Am meisten zu berichten sind Todesfälle hervorgerufen durch Luftembolie, von denen in der Literatur bisher elf Fälle erwähnt sind. Die Möglichkeit, wie bei der Kieferhöhlenpunktion Luft in die Blutbahn dringt, ist folgende: Durch die Punktionsnadel muss zufällig eine Vene der Kieferschleimhaut angestochen und die Luft bei der Probeausblasung direkt in diese Vene gepresst worden sein. Die Luftembolie braucht nicht immer zum Tode zu führen, wenn nicht gleich so viel Luft in die angestochene Kieferhöhlenvene eingepresst wurde, dass Herzstillstand durch Leerpumpen des rechten Herzens eintritt. Die Erscheinungen dokumentieren sich dann als schwere Ohnmachten oder sonstige nervöse Symptome. Um derartige Zufälle zu vermeiden, schlägt B. vor, von jeder Lufteinblasung abzusehen. Will man diese doch machen, so muss man vor der Spülung eine Probeaspiration ausführen. Man setzt nach dem Eindringen der Nadel oder der Kanüle in die Höhle eine

kleine Spritze, am besten mit einem kleinen kurzen Schlauch und Konus ausgestattet, an die Nadel oder die Kanüle und aspiriert. Kommt Luft oder Eiter oder viel seröse Flüssigkeit, so ist man frei in der Höhle, kommt nichts oder wenig seröse Flüssigkeit oder wenig Blut, so ist man nicht frei in der Höhle, sondern in der Schleimhaut, in der Orbita oder in der Wange oder in einem Tumor. Wenn aber auf einmal und mit Leichtigkeit gleich die ganze Spritze voll Blut ist, so ist man sogar in einer Vene.

BRADT.

26) **Pietro Caliceti. Beitrag zum Studium der Stirnhöhlen- und Keilbeinhöhlenschleimhaut. (Contributo allo studio della mucosa del seno frontale e sfenoidale.)** *Arch. Ital. di Otologia. H. 5/6. 1920.*

Verf. gibt die Resultate seiner methodischen Untersuchungen wieder, die sich im Detail nicht zum Referat eignen. Hervorgehoben sei nur der vom Verf. erhobene Befund von mehr oder minder tiefen blindsackähnlichen Ausstülpungen in der Schleimhaut; bisweilen verlöten die freien Ränder dieser Taschen miteinander und es entstehen so Hohlräume. In verschiedenen Fällen hat Verf. gesehen, dass in diesen Taschen sich Drüsen befinden, deren Ausführungsgänge in ihnen münden. Aehnliche Ausbuchtungen und Taschen hat Cutore in der Schleimhaut der Kieferhöhle gefunden (Arch. Ital. di Anatomia e di Embriologia, Bd. 15, H. 4, 1917). Verf. glaubt aus seinen Untersuchungen folgern zu dürfen, dass die Schleimhaut der Nebenhöhlen eine lebhafte biologische und funktionelle Tätigkeit entfaltet.

CALAMIDA.

27) **Giorgio Ferreri. Ueber einen Fall von akuter Stirnhöhlen-Siebbeineiterung nach Trauma. (Su di un caso di fronto-etmoidite acuta da trauma.)** *Atti d. Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica d. R. Università di Roma. Bd. XVII. 1919.*

11jähriger Knabe fiel vom Stuhl, bekam eine grosse Ekchymose an der rechten Schläfe und Stirn, war bewusstlos und zeigte Erscheinungen von Gehirnerschütterung. Zwei Wochen später, als der Knabe schon wieder ausser Bett und wohlauf war, traten Schmerzen links an der Nasenwurzel und eine Schwellung am linken Auge auf. Bei der Aufnahme bestand links Protrusio bulbi, starkes Oedem, heftige Kopfschmerzen und Diplopie. Augenhintergrund normal; keine Hirnerscheinungen. Operation ergab periostalen Abszess in der Orbita, die ganze frontale Wand des Siebbeins war zerstört, es bestand Empyem des Siebbeins und beider Stirnhöhlen, die äussere Wand der linken Stirnhöhle zeigte eine Fraktur. Die Entstehung erklärt Verf. folgendermassen: Das Kind hat im Alter von sieben Jahren eine schwere Rachen- und Nasendiphtherie durchgemacht; danach trat ein Abszess im linken inneren Augenwinkel auf, der inzidiert wurde. Verf. nimmt an, es seien damals auch die Nebenhöhlen miterkrankt gewesen, es sei ein chronisch entzündlicher Zustand derselben zurückgeblieben, das Trauma habe dann den Anlass gegeben, dass sich daraus eine akute Eiterung entwickelte.

CALAMIDA.

28) **Johann Fein. Zur Adenotomie.** *Wiener klin. Wochenschr. 11. Nov. 1920.*

Verf. weist an der Hand von Zeichnungen nach, dass es besonders bei anatomisch ungünstig gebautem Rachen mittels der allgemein gebrauchten Ring-

messer (Beckmann, Gottstein usw.) nicht möglich ist, die vordersten Anteile der Vegetationen zu erreichen, denn der Schaft des Instruments kann wegen des Hindernisses, das die Zähne des Unterkiefers bieten, nicht tief genug gesenkt werden. Verf. hat diese Schwierigkeitnn zu beheben gesucht durch Konstruktion seines Ringmessers, bei dem der Stiel rechtwinklig zur Seite abgebogen ist. Der seitlich abgebogene Schaft benötigt zwischen den Zahnreihen nur einen kleinen Bewegungsraum und die schabenden Bewegungen des Messers können unbehindert in grosser Exkursionsweite ausgeführt werden.

Verf. gibt eine genaue Schilderung, wie die Operation mit seinem Adenotom gemacht wird. Grosses Gewicht ist zu legen auf die richtige konstruktive Herstellung des Instruments (erhältlich bei H. Reiner, Wien I, Franzenring 22).

HANSZEL.

c) Mundrachenhöhle.

29) **C. O. Nylén** (Stockholm). **Ein Fall von Epulis polyposa congenita. (A case of epulis polyposa congenita.)** *Acta Laryngologica. Bd. 2. H. 4.*

Einige Stunden altes weibliches Kind. Der Tumor entsprang mit einem $^1/_2$ cm langen Stiel vom Processus alveolaris entsprechend den unteren Schneidezähnen und dem rechten Eckzahn; er war in zwei Lappen geteilt, deren einer erbsen-, der andere haselnussgross war; er war braunrot und von derber Konsistenz. Die vorläufige histologische Diagnose lautet: Epulis polyposa congenita. Die Struktur liess an Xanthom denken, differierte aber nach der Färbung in mancher Beziehung von einem solchen.

FINDER.

30) **E. Heymann. Erfolgreiche Behandlung einer Verletzung der Parotis und ihres Ausführungsganges mittels der Fadenmethode.** Berl. med. Ges., Sitzung v. 26. Februar 1919. *Berl. klin. Wochenschr. No. 14. S. 326. 1919.*

Ein Granatsplitter drang vor dem Ohr in die Wange, zerfetzte die Parotis und ihren Ausführungsgang eine Strecke weit und sass vorn am Mundwinkel fest. Permanente Speichelfistel. Alle Versuche, diese zu schliessen, misslangen, da der Stenonsche Gang fehlte. Schliesslich wurde von aussen eine Sonde eingeführt, dicht unter der Wangenhaut ohne Verletzung des M. masseter vorgeschoben und in der Höhe des zweiten oberen Molarzahns durch die Schleimhaut in die Mundhöhle durchgestossen. Am Knopf der Sonde wurde ein Seidenfaden befestigt, zurückgezogen und aussen geknüpft. Jeden vierten Tag hat H. einen neuen Faden hineingeführt, bis schliesslich 12 Seidenfäden Nr. 6 nebeneinander lagen. Später soll die äussere Fistel durch Lappenplastik geschlossen werden. Désault verwandte zuerst einen Seidenfaden, um eine innere Speichelfistel künstlich zu erhalten.

R. HOFFMANN.

31) **M. Brandes** (Kiel). **Zur Onkologie der Speicheldrüsen. Ueber Karzinomentwicklung in Mischgeschwülsten der Parotis.** *Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 24. S. 400. 1920.*

B. hat im Bremer pathologischen Institut eine Reihe von Tumoren der Parotis untersucht, von denen er 4 genauer, unter Beigabe von Mikrophotogrammen, beschreibt.

Er fasst seine Ansichten in folgenden Leitsätzen zusammen:

1. Unter den Mischgeschwülsten der Parotis finden sich auch solche, welche eine sehr einfache gewebliche Zusammensetzung zeigen. In ihnen ist nur Bindegewebe und Epithel zur Entwicklung gelangt.

2. Diese primär gutartigen, abgekapselten Tumoren scheinen eine grössere Neigung zum sekundären malignen Wachstum zu besitzen, als die komplizierter gebauten.

3. Auch diese einfachen Mischgeschwülste der Parotis verdanken ihre Entstehung embryonal ausgeschalteten oder verlagerten ektodermalen und mesenchymalen Zellkomplexen im Sinne Wilms.

4. Sowohl die epithelialen wie die bindegewebigen Zellen der Tumoren zeigen häufig noch embryonalen Charakter; im Stroma halte ich die schleimigen und hyalinen Modifikationen desselben für Offenbarungen eines gewissen Embryonalismus des Gewebes.

5. An dem sekundären malignen Wachstum beteiligen sich in unseren Tumoren nur die Epithelien; es ist also in den Tumoren ein Uebergang zur Karzinombildung erfolgt.

6. Die Karzinombildung in diesen Mischgeschwulsten ist zurückzuführen auf eine Isolierung der Epithelien aus dem physiologischen Zellverband der anfangs fibro-epithelial wachsenden Geschwulst.

7. Als Entstehungsursache karzinomatöser Rezidive nach Exstirpation solcher Mischgeschwülste muss angenommen werden, dass bereits eine karzinomatöse Entartung eines Teils der Geschwulst zur Zeit der Exstirpation bestand, dass die maligne wachsenden Epithelien bereits die Kapsel durchbrochen hatten und in die Umgebung vorgedrungen waren, so dass sie bei der Exstirpation der Geschwulst zurückblieben und durch ihr schrankenloses Fortwachsen so zu malignen Rezidiven des primär gutartigen Mischtumors werden konnten.

8. Seitdem wir wissen, dass die früher sog. „Endotheliome" der Parotis epithelführende Tumoren sind, hat sich die chirurgische Therapie früher und intensiver diesen Gebilden zuzuwenden.

Die frühzeitige Radikaloperation aller Speicheldrüsentumoren ist die beste, einzig rationelle und sichere Therapie, da nur so einer Karzinomentwicklung aus diesen Tumoren vorgebeugt werden kann.

DREYFUSS.

32) **Ivar Wallgren. Ueber Veränderungen der Zunge bei perniziöser Anämie nebst histologischem Befund. (Om förändringar i tungan vid dan perniciösa anemien, skärskildt i histologiskt afseende.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. Bd. 61. S. 828. 1919. Ref. Acta Oto-Laryngologica. Bd. 2. H. 4. 1921.*

W. Hunter hat (1909) auf einen Schmerz in der Zunge aufmerksam gemacht, der als Frühsymptom bei perniziöser Anämie auftritt. Sein periodisches Auftreten und wechselnde Intensität sind charakteristisch. Oft ist die Zunge an der Spitze und an den Rändern gerötet; die Oberfläche ist glatt, als wenn sie poliert wäre. Verf. hat 13 Zungen von Pat., die an perniziöser Anämie starben, histologisch untersucht und die Resultate kontrolliert durch Untersuchung von 21 Zungen, die von Personen stammten, welche an verschiedenen Krankheiten gestorben waren.

Das Epithel ist niedriger als in der Norm, die Zellen weisen Degenerationszeichen auf und die Vorsprünge der Papillae filiformes fehlen fast völlig. Eine geringe Entwicklung der Papillae filiformes und fungiformes ist sehr charakteristisch und erklärt das makroskopische Aussehen der Zunge. FINDER.

33) **Max Linnartz** (Oberhausen). **Wie kann man sich die Operation des Wolfsrachens erleichtern?** *Zentralbl. f. Chir. No. 50. 1920.*

Einige beherzigenswerte Ratschläge. L. lässt das Kind auf ein passendes Brett in Beckenhochlagerung aufbinden und klemmt den Kopf zwischen die Beine des Operateurs ein. Chloroformnarkose; das Chloroform wird mittels Paquelin und Schlauches, der in die Nase eingeführt und durch eine Naht an dieser befestigt wird, zugeblasen. In das andere Nasenloch wird ein Schlauch eingeführt und ebenfalls angenäht, aus dem mittels Potainschem Saugapparat das Blut aspiriert wird. Harter und weicher Gaumen werden mittels Adrenalin (20 Tropfen auf 50 ccm physiologischer Kochsalzlösung) submukös anämisiert. DREYFUSS.

34) **A. Bergamini. Ueber das Uvula-Gaumensymptom bei hereditärer Syphilis. (Sul segno uvulo-palatino nella eredo-sifilide.)** *Arch. Ital. di Otologia. H. 5/6. 1920.*

Tanturri hat (La Pediatria, 1919, H. 1) ein Symptom bei Hereditärsyphilitischen beschrieben, das in einer Zähnelung der Schleimhaut am freien Rand des weichen Gaumens nahe der Basis der Uvula besteht; T. nimmt an, dass es sich um die Folge einer wahrscheinlichen Sekundärlokalisation im intrauterinen Leben handelt. Er hat dies Zeichen bei wenige Tage alten Kindern bis hinauf zum 20. Lebensjahre gefunden. Es können alle sonstigen Zeichen hereditärer Syphilis fehlen; niemals werde das Symptom bei erworbener Syphilis beobachtet.

Verf. hat an einer sehr grossen Anzahl von hereditärsyphilitischen Kindern nach dem Zeichen von Tanturri gesucht und es niemals gefunden.

CALAMIDA.

35) **J. J. de Vries. Ein seltener Fall von Gaumenabszess.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 26. S. 2900.*

Abszess am Gaumen mit ausserordentlich langem Fistelgang (vom Inzisivus bis zur Mitte des Gaumens). Die besonderen anatomischen Verhältnisse haben in diesem Fall zur palatinalen Abszessbildung geführt, statt zum labialen Durchbruch, wie die Regel ist bei Periodontitis apicalis. v. GILSE.

36) **Pietro Caliceti. Ueber einen seltenen Fall von retropharyngealer Zyste. (Su di un raro caso di cisti retro-faringea.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Anno XXXIX. H. 3/4.*

Ein 31 jähriger Soldat gab an, seit seinem 18. Lebensjahre das Vorhandensein einer Geschwulst im Halse zu merken. Man fand an der Hinterwand des Rachens eine Zyste von dem Umfange eines grossen Eies. Sie reichte nach oben bis zur Höhe des Gaumensegels, nach unten bis zum Vestibulum laryngis, das zum Teil verdeckt wurde, nach vorn und oben bis zur Zungenbasis. Die Schleimhaut über der Zyste war von normalem Aussehen: wurde die Flüssigkeit aus der

Zyste aspiriert, so füllte sie sich wieder. Die Zystenflüssigkeit enthielt geringe Mengen Eiweiss. Verf. nimmt an, dass es sich um eine branchiogene Schleimzyste handelt, die sich infolge der Einstülpung endodermaler Elemente der hinteren Rachenwand gebildet hat.

CALAMIDA.

37) **Weber** (Zittau). **Bemerkungen zu dem Aufsatz von W. Bennigsen: „Ueber die Behandlung der Angina Plaut-Vincenti mit Salizylsäure."** *Derm. Wochenschrift. S. 1921.*

Die Plaut-Vincentsche Angina tritt seit etwa $1^1/_2$ Jahren häufiger auf, die Infektion mit Spirillen kommt durch Unreinlichkeit, mangelnde oder ungenügende Mund- und Zahnpflege zustande. Die Heilungsdauer der mit Desinfizientien, Priessnitzumschlägen und z. T. Neosalvarsan behandelten Fälle war länger als die bei Salizylbehandlung beobachtete.

SEIFERT.

38) **E. Meyer** (Dresden). **Beitrag zur Angina Plaut-Vincent.** *Med. Klin. S. 1921.*

Auch an der zweiten inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt konnte das jetzt häufigere Vorkommen der Plautschen Angina festgestellt werden. Im Jahre 1919 kam nur ein Fall von Plautscher Angina zur Beobachtung, die als sekundäre Erkrankung bei einer schweren tödlichen Ruhr auftrat. Die auf das Jahr 1920 treffenden 9 Fälle boten keine besonderen klinischen Erscheinungen, nur in einem Fall kam ein doppelseitiges Tonsillargeschwür zur Beobachtung. Von lokalen Pinselungen mit Neosalvarsan wurden keine besonderen Erfolge gesehen, bessere von der intravenösen Anwendung. Für lokale Pinselungen hat sich vor allem das Trypaflavin in $^1/_2$ bis 1 proz. Lösung und das Eukupin in $^1/_2$ proz. Lösung bewährt. Vor den Pinselungen muss erst der schmierige Belag mit einem trockenen Wattebausch nach Möglichkeit weggewischt werden.

SEIFERT.

39) **James Harper. Die Tonsille und ihre Funktion. (The tonsil and its function.)** *The Glasgow med. Journ. Dezember 1920.*

Die Häufigkeit der Tonsillarhypertrophie und der Adenoiden ist nach Verf. erst eine Erscheinung der Jetztzeit. Aus einer Untersuchung der Schädel im Museum der Royal College of Surgeons folgert er, dass die prähistorischen Menschen daran nicht gelitten haben. Diese Erscheinung ist in Grossbritannien häufiger als in jedem anderen Lande; wenn ein britisches Ehepaar nach Südafrika geht, so zeigen die dort geborenen Kinder die Neigung zur Tonsillarhyperplasie und Adenoiden, obwohl unter den Kindern des Landes diese Krankheiten verhältnismässig ungewöhnlich sind.

Verf. geht bei seinen Betrachtungen aus von der Entwicklungsgeschichte der Tonsille; er wendet sich gegen die Ansicht, nach der die Tonsille ein innersekretorisches Organ mit einer bestimmten Funktion sei und sucht nachzuweisen, dass sie nichts weiter darstellt als einen unendlich kleinen Teil des Lymphgewebes des ganzen Körpers mit einer dieser Menge entsprechenden funktionellen Tätigkeit. Er geht dann auf die schädliche Rolle ein, die die Tonsille als Eingangspforte spielen kann und kommt zu dem Schluss, dass in jedem Fall, wo irgendwelche Gründe für den Verdacht bestehen, dass die Tonsille einen schädlichen Einfluss

auf das Wohlbefinden des Individuums hat, sie mittels Tonsillektomie zu entfernen ist.
FINDER.

40) **Michael Vlasto. Studie über die Indikationen für Entfernung der Tonsillen mittels Ausschälung oder mittels Guillotine. (A study of the indications for removing tonsils by dissection or by reverse guillotine.)** *The Lancet. 22. Januar 1921.*

Verf. vertritt die Ansicht, dass bei Kindern die Wahl der Operationsmethode abhängt von der Art der zu entfernenden Tonsille. Er unterscheidet 3 Typen: die zerklüftete, die kleine fibröse septische und die „zerfliessende" (diffluent) Tonsille; unter letzterer Form versteht er eine blumenkohlartige, blasser als gewöhnlich aussehende, bisweilen weiche und matschige Tonsille mit wenig entwickelter Kapsel. Im allgemeinen empfiehlt er bei Kindern — falls nicht Kontraindikationen vorliegen — die Guillotinemethode in leichter Narkose; bei Erwachsenen dagegen ist die Ausschälung vorzuziehen.
FINDER.

41) **W. Morris. Ausschälung der Gaumenmandel unter Lokalanästhesie. (Dissection of the faucial tonsils under local anaesthesia.)** *The Lancet. 22. Januar 1921.*

Verf. schildert die in der Mayoklinik angewandte Technik. Die Methode hält er für empfehlenswert in allen Fällen, in denen die Sludersche Methode nicht verwendbar oder wenn nach deren fehlerhafter Ausführung ein Stück von der Tonsille zurückgeblieben ist. Sie unterscheidet sich nicht wesentlich von der allgemein gebräuchlichen. Abbildung der angewandten Instrumente.
FINDER

42) **P. Watson-Williams. Die Gefahren nach poliklinischen Operationen von Tonsillen und Adenoiden. (Risks after operation on tonsils and adenoids in outdoor clinics.)** *Brit. med. Journ. 22. Januar 1921. S. 140 u. 29. Januar 1921. S. 167.*

Auf die Mitteilung von Eric Watson-Williams über Gefahren der poliklinischen Mandel- und Adenoidoperationen (Ref. Zentralbl., 1919, S. 427) waren eine ganze Anzahl zustimmender Meinungsäusserungen in Form von Briefen an den Herausgeber von seiten verschiedener Laryngologen (z. B. Herbert Tilley, Sir William Milligan) erfolgt. Auch P. Watson-Williams tritt hier nachdrücklich dafür ein, dass diese Operationen nur klinisch vorgenommen werden sollen; er rät, an den Armenkrankenhäusern (Poor Law infirmaries) zu diesem Zwecke besondere Abteilungen zu errichten.

In einer Notiz fasst dann auch der Herausgeber des Brit. med. Journ. als das Ergebnis der verschiedenen Mitteilungen zusammen, dass es unverantwortlich sei, eine Operation, bei der ausser Todesfällen in der Narkose auch schwere Komplikationen, wie akute Otitis media, Mastoiditis, Bronchopneumonie, akute Sepsis, Drüseninfektion, Nachblutungen, vorkommen, poliklinisch oder in der Sprechstunde zu machen und dann die Kinder nach Hause zu schicken, um so mehr als diese Komplikationen fast unbekannt sind, wenn die Kinder 2—3 Tage nach der Operation im Bett gehalten und entsprechend gepflegt werden. Die Kinder sollen mindestens 48 Stunden lang in das Hospital aufgenommen werden.
FINDER.

43) **Harry L. Pollock. Holzphlegmone mit Bericht von Fällen. (Woody phlegmon with report of cases.)** *The Laryngoscope. Mai 1920.*

Im Jahre 1896 wurde von Paul Reclus eine Krankheit beschrieben, welche durch ein bretthartes Infiltrat an Teilen des Halses und seiner Hautbedeckung ausgezeichnet war. Die erkrankte Gegend war scharf begrenzt, schmerzlos und ohne Zeichen der Entzündung. Deutsche und englische Beschreibungen folgten dieser ersten, von denen sich diejenige Tichtners aus Leipzig besonders auszeichnet. Der Verlauf der Krankheit ist sehr chronisch. Sie fängt mit einer Schwellung unter dem Kieferwinkel oder in der Glandula submaxillaris an. Die Schwellung nimmt langsam zu bis sie innerhalb von 6 bis 8 Wochen die ganze Seite des Halses bis zum Schlüsselbein einnimmt und von der Mittellinie vorn bis zum Kukullarismuskel reicht. Die Haut nimmt eine dunkelrote Farbe an und ist unbeweglich auf ihrer Unterlage, die Kopfbewegungen werden durch die Starrheit der ergriffenen Gewebe behindert und das Schlucken wird beschwerlich; auch das Atmen kann genügend beeinträchtigt werden, um den Luftröhrenschnitt zu benötigen. Im Verlaufe der Krankheit, welche 6—10 Monate zur vollen Ausbildung gebraucht, erscheinen kleine Abszesse. Das Leiden endigt in langsamer Resorption des Infiltrates oder mit dem Tode durch Kehlkopfödem oder durch Entkräftung.

Pathologisch wird die Krankheit als eine schwache lokale Infektion betrachtet. Mikroskopisch zeigt sich nichts als vermehrtes Bindegewebe. Mikroorganismen, welche die Krankheit erzeugen könnten, wurden nicht gefunden. Verf. berichtet über 2 Fälle. (Da sich bei dem zweiten Patienten 4 Wochen nach Erscheinen der Halsinfiltration ein Adenokarzinom des Kehlkopfs zeigte, so wird die Diagnose in diesem Fall etwas zweifelhaft. Ref.) O. T. FREER.

d) Diphtherie und Croup.

44) **Armand Delille und Pierre-Louis Marie. Die Schicksche Reaktion. (La réaction de Schick.)** *La Presse méd. 15. Januar 1921.*

Verff. schildern ausführlich die Technik der Schickschen Reaktion in der von Park und Zingher eingeführten Modifikation, die darin besteht, dass am anderen Arm eine Kontrollinjektion mit derselben Diphtherietoxinlösung gemacht wird, die aber 5 Minuten lang im Wasserbad auf 75° erwärmt ist. Diese Modifikation gestattet, die Pseudoreaktionen zu unterscheiden, die auf die im Toxin enthaltenen Proteine der Bakterienkörper zurückzuführen sind und besonders beim Erwachsenen die Ergebnisse der Reaktion fälschen können. Auf Grund ihrer in 200 Fällen erzielten Resultate kommen Verff. zu dem Schluss, dass in Internaten, Kasernen usw. die auf diese Weise ausgeführte Reaktion es erlaube, die präventive Serotherapie als prophylaktische Massnahme nur auf die empfänglichen Individuen zu beschränken. Wenn jedoch in einem Internat von Kindern eine Diphtherieepidemie ausgebrochen ist, so raten sie, falls eine tägliche Ueberwachung möglich ist, die Schicksche Reaktion anzuwenden, falls die tägliche Ueberwachung aber unmöglich ist, lieber alle Kinder zu impfen. FINDER.

45) **A. G. B. Duncan. Behandlung von Diphtherieträgern mit entgifteter Klebs-Löffler-Vakzine. (Treatment of diphtheria carriers with detoxicated Klebs-Löffler Vaccine.)** *The Lancet. 13. Nov. 1920.*

Verf. berichtet über 3 Fälle, die lange Zeit — 18 Monate, 23 Monate, 3 Jahre — Bazillenträger waren und bei denen keine der angewendeten Methoden die Bazillen zum Verschwinden brachte, bis die Vakzinetherapie in kurzer Zeit Erfolg brachte.

FINDER.

46) **Klotz** (Lübeck). **Grippe und Diphtherie.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 18. S. 415. 1919.*

Verf. beobachtete während einer durchaus nicht schweren Diphtherieepidemie auffallend häufig die Beteiligung des Zirkulationsapparates. Es stellte sich heraus, dass die Kinder mit Herzkomplikationen eine mehr oder minder schwere Grippe vor der Erkrankung an Diphtherie durchgemacht hatten.

R. HOFFMANN.

47) **Henry Lowndes Lynah. Die tracheo-bronchiale Diphtherie. (Tracheo-bronchial diphtheria.)** *The Laryngoscope. Oktober 1916.*

Die diphtheritische Membranbildung kann von oben nach unten erfolgen oder, wie der Verf. es am häufigsten gefunden hat, von den Bronchien aus in die Luftröhre hinaufsteigen. Deshalb ist der Zustand schwer zu erkennen, weil Stimmveränderungen und Kehlkopfhusten fehlen. Bronchiale Diphtherie wird deswegen oft als Bronchopneumonie angesehen. Membranen in Nase und Rachen fehlen auch anfangs oft als Vorläufer der Bronchialdiphtherie, und Kulturen vom Rachen oder sogar von der Luftröhre oder den Bronchien sind so oft negativ, so dass sie wenig Wert haben.

Eine Eigenheit der Fälle mit membranöser Verstopfung grosser Bronchien auf einer Seite oder auf beiden Seiten ist die ballonartige Ausdehnung einer oder beider Brusthälften, die dadurch erzeugt wird, dass die Ausatmung durch die Membranen mehr behindert ist als die Einatmung. Bei einseitiger Bronchialverstopfung findet man ein charakteristisches, sehr scharfes Atmungsgeräusch auf der gesunden Seite, und dieses Geräusch ist für Pneumonie gedeutet worden. Emphysem des Halses kann wegen des Berstens von Alveolen der Lunge vorkommen. Wegen dieser Möglichkeit einer verhängnisvollen falschen Diagnose sollte in allen Fällen von unerklärlicher Dyspnoe bei Kindern eine bronchoskopische Untersuchung auf etwaige Membranen in den Bronchien gemacht werden. Als Hinweis auf mögliche Bronchialdiphtherie ist die Ballonierung des Brustkorbes mit epigastrischem Einsinken wichtig. Da die Bronchialdiphtherie meistens einseitig ist, so ist einseitige Abschwächung des Atmungsgeräusches diagnostisch wertvoll. Wird das Stethoskop auf die Luftröhre gerade über dem Brustbein angesetzt, so hört man oft das flatternde Geräusch in der Luftröhre auf- und abfliegender Membranstücke. Hilft die Intubation gegen eine bestehende Dyspnoe nicht, so ist dies ein Zeichen möglicher Bronchialdiphtherie.

Die Behandlung besteht in frühzeitiger subkutaner Antitoxineinspritzung. Die intravenöse Einspritzung ist bei Herzschwäche zu vermeiden, denn Verf. sah eine solche von schnellem Tod gefolgt.

Die mechanische Wegnahme von Membranstücken mit der Zange ist bronchoskopisch nicht schwer im Frühstadium und erzeugt nur geringe Blutung, aber die Entfernung der Membran mit einem Saugrohr ist viel erfolgreicher, denn sehr lange Membranen können so in einem Stück herausgebracht werden. Nach Wegnahme der Membran wird Antitoxin mit dem Zerstäuber oder einem Schwamm auf die gesamte erreichbare, tracheobronchiale Schleimhaut aufgetragen. Darauf wird mit langen tracheobronchialen Intubationsröhren intubiert, um die Wiedererzeugung der Stenose, im Fall erneuten Wachstums der Membran, zu verhindern, weil der Patient dann durch das Rohr atmen kann. Tracheotomie empfiehlt Verf. nicht und hatte beim Gebrauch derselben 100pCt. Todesfälle. Im Gegensatz dazu ergab die Wegsaugung der Membran mit nachfolgender Einführung der langen, oben erwähnten O'Dwyer-Röhren nur 64,6pCt. Todesfälle. Das lange Intubationsrohr bleibt 72 Stunden liegen und soll tiefer als die untere Grenze der Membran in das Luftrohr hinabreichen. Die Länge des langen Intubationsrohrs wechselt von 6 cm für ein 8monatiges Kind bis zu 12—13 cm für ein 12jähriges Kind oder einen Erwachsenen. Messungen an Leichen ergaben eine durchschnittliche Länge für ein Weib von 14—15 cm, von der Basis des Kehldeckels gemessen bis zur Zweiteilung der Luftröhre, und 15—16 cm für einen Mann. Die langen Tracheotomiekanülen fand Verf. nutzlos.

O. T. FREER.

48) **Maurice Jacod** (Lyon). **Ueber den foudroyant verlaufenden diphtherischen Croup beim Typhus; malignes diphtherisches Oedem des Kehlkopfes. (Sur le croup diphthérique à forme foudroyante dans la fièvre typhoide; oedème malin diphthérique du larynx.)** *Acta Oto-Laryngologica. Vol. II. Fasc. 4. 1921.*

In der heftigen Typhusepidemie, die Ende 1914 im französischen Heere herrschte, traten Fälle von Larynxdiphtherie auf, die durch ihren foudroyanten Verlauf und den auffallenden Kehlkopfbefund sich auszeichneten. Verf. berichtet folgende Beobachtung: Die Stadt C. wurde bombardiert; die Hospitäler, die mit Typhösen und mit Diphtheriekranken gefüllt waren, mussten evakuiert und die Kranken forttransportiert werden. Trotz aller Isolierungsmassnahmen kam eine Ansteckung von Typhuskranken mit Diphtherie vor. Von 120 aus C. evakuierten Typhuskranken, welche von der Sanitätsformation des Verf.'s aufgenommen wurden, hatten 13 Diphtherie und bei 6 davon war der Larynx beteiligt. Nur 2 von diesen 6 Patienten boten das gewöhnliche Bild des Larynxcroups mit Pseudomembranen; diese beiden heilten unter Anwendung von Diphtherieseruminjektionen. In den anderen 4 Fällen, deren Krankengeschichte ausführlicher wiedergegeben wird, war der Verlauf ein ganz ungewöhnlicher: Ohne vorhergehende subjektive Beschwerden und ohne dass vorher im Rachen ausser geringer Rötung oder einigen grauen Flecken oder — am häufigsten — Oedem der Uvula etwas auf Diphtherie Hinweisendes zu sehen gewesen wäre, traten ganz plötzlich heftige Atembeschwerden auf. Untersuchung ergab ein kolossales Oedem des Larynxeingangs, ohne jede Spur von Membranbildung. Tracheotomie wurde in 3 Fällen gemacht, brachte aber nur vorübergehende Erleichterung. Die 4 Patienten gingen an Toxämie zugrunde. In allen Fällen wurde der Loefflersche Bazillus gefunden. Die Fälle verliefen äusserst foudroyant innerhalb weniger als 24 Stunden. Verf.

wirft die Frage auf, wie man solche Fälle von Larynxtyphus unterscheiden kann: er empfiehlt, in jedem Fall von Typhus, bei dem der leiseste Verdacht auf eine Diphtherieinfektion besteht, präventive Einspritzungen von Serum zu machen.

FINDER.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

49) **Guglielmo Bilancioni. Ist der menschliche Kehlkopf ein vollkommen symmetrisches Organ? (La laringe umana è organo perfettamente simmetrico?)** *Arch. Ital. di Otologia. H. 5/6. 1920.*

Verf. lenkt. die Aufmerksamkeit auf Asymmetrien, die man bisweilen beim Laryngoskopieren findet: Bisweilen ist ein Aryknorpel prominenter als der andere; in anderen Fällen ist eine Stimmlippe dünner als die andere; in manchen dieser Fälle finden sich gleichzeitig ausgedehnte Asymmetrien in den oberen Luftwegen (Septumdeviationen mit abnormer Breite der anderen Nasenhälfte). Auch am skelettierten Larynx finden sich Asymmetrien, so besonders in bezug auf die Verknöcherungszonen in den beiden Schildknorpelplatten.

CALAMIDA.

50) **A. Brown Kelly. Eine einfache Methode zur diagrammatischen Darstellung der Stimmlippenbewegungen mit besonderer Berücksichtigung des Tremors. (A simple method of recording diagrammatically movements of the vocal cords; with special reference to tremors.)** *The Journ. of Laryng., Rhin. and Otology. Juni 1920.*

Auf dem Papier sind nach den von Semon angegebenen Maassen die normalen Exkursionen der Stimmlippen eingezeichnet: eine punktierte Linie in der Mitte zeigt die Mittelstellung an, in einer Entfernung von 2,5 mm und von 6,75 mm davon ist je eine parallele Linie gezogen, um die Kadaverstellung und die Stellung bei ruhiger Atmung anzugeben. Nimmt man die normale Häufigkeit der Atmung mit 18 in der Minute oder 3 in 10 Sekunden an und das Verhältnis von Inspiration zu Exspiration wie 10:12, so wird in abwechselnden Abständen von 10 und 12 mm auf jeder Seite eine Marke gemacht, um Inspiration und Exspiration anzudeuten.

Die genaue Untersuchung des Kehlkopfs zeigt, dass bei ruhiger Atmung die Stimmlippen im allgemeinen stillstehen, und dass sie nur ausnahmsweise ausgedehnte Exkursionen machen, die mit Inspiration und Exspiration synchrom sind. Bei tiefer Inspiration findet eine weitere Abduktion nicht statt.

Was Tremor der Stimmlippen anbelangt, so manifestiert sich dieser nur, wenn Bewegungen der Stimmlippen bei ruhiger Atmung stattfinden; möglicherweise wird bei stillstehender Stimmlippe der Tremor maskiert durch den Tonus der Abduktoren.

Bei multipler Sklerose wurde in einem Fall Tremor der linken Stimmlippe während der Expiration beobachtet, in einem anderen Fall zeigte die linke Stimmlippe Tremor während Exspiration, Phonation und nach der Phonation, während die rechte den Tremor nur während und nach der Phonation zeigte, in einem dritten Falle war die linke Stimmlippe in der Mittellinie fixiert, während die rechte um die Kadaverstellung schwang.

In einigen Fällen von Tabes war die Exspiration durch Tremor unterbrochen; in einigen Fällen von Paralysis agitans begleitete Tremor ebenfalls nur die Exspiration, in anderen trat der Tremor nur auf während der Erschlaffung der Stimmlippen nach Phonation.

In einem Fall von Nystagmus der Stimmlippen traten die Zuckungen auf während der Inspiration und Exspiration, waren aber bei letzterer mehr ausgesprochen.

Bemerkenswert ist, dass in allen Fällen der Tremor häufiger während der Exspiration als während der Inspiration auftritt, am seltensten während der Phonation.

FINDER.

51) **J. Garland** und **P. D. White. Linksseitige Rekurrenslähmung bei Mitralstenose. (Left recurrent laryngeal paralysis in mitral stenosis.)** *Arch. Int. med. Chicago 1920. S. 343.*

Verff. berichten über 61 in der Literatur niedergelegte Fälle, denen sie 9 eigene innerhalb von 8 Jahren am Massachusetts General Hospital beobachtete hinzufügen. Zwei Punkte sind von Interesse: erstens die Differentialdiagnose gegenüber anderen ursächlichen Momenten für linksseitige Rekurrenslähmung, wobei die Röntgenaufnahme eine wichtige Rolle spielt, und ferner die Erklärung für das Zustandekommen der Rekurrenslähmung bei Mitralstenose. Verf. akzeptieren die von Fetterolf und Norris gegebene Erklärung, wonach der Nerv zwischen dem linken Ast der A. pulmonalis und entweder der Aorta oder dem Ductus arteriosus gepresst wird; sie stimmen auch mit Lian und Marcorelles überein, dass gelegentlich Mediastinitis oder die Bildung eines Thrombus im linken Herzohr oder dessen Appendix für die Mistralstenose verantwortlich zu machen ist. In 4 von ihren 9 Fällen war Aurikularflimmern vorhanden, was Verff. für das Zustandekommen eines Thrombus für wesentlich ansehen.

O. T. FREER.

52) **Brüggemann** (Giessen). **Zur Differentialdiagnose zwischen Perichondritis laryngis und Thyreoiditis.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. S. 97. 1920.*

B. beobachtete einen Fall, in dem sich nach einem Furunkel im rechten äusseren Gehörgang und anschliessender allgemeiner Furunkulose, besonders der Nackengegend, eine Perichondritis im Kehlkopf einstellte, die so hochgradig war, dass die Tracheotomia inferior notwendig wurde. Nachdem die Schwellung im Kehlkopf ihren Höhepunkt erreicht hatte, trat ziemlich plötzlich eine starke Schwellung der ganzen vorderen Halspartie auf, die auch auf die Schilddrüse überging, so dass ein hinzugezogener Chirurg die Diagnose akute Thyreoiditis stellte. B. lehnt letztere Diagnose ab, weil die Schwellung am Halse nach den perichondritischen Veränderungen im Kehlkopf einsetzte, die Druckempfindlichkeit der Schwellung sich auf die Gegend des Kehlkopfes beschränkte und endlich die Schwellung nur kurze Zeit bestand, schnell verschwand, während die Thyreoiditis erst nach Wochen verschwindet.

Der Fall lehrt aber, dass unter Umständen im Verlauf einer akuten Perichondritis des Kehlkopfs ödematöse Schwellungen am Hals auftreten können, welche das Bild einer akuten Thyreoiditis vortäuschen. Zwischen den Gefässen der Thyreoidea und dem Kehlkopf bestehen ausgedehnte Anastomosen.

R. HOFFMANN.

53) **W. Freudenthal** (New York). **Ueber die Heilbarkeit der vorgeschrittenen Larynxtuberkulose.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 245.*

F. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Ergebnis, dass die Prognose auch der vorgeschrittenen Kehlkopftuberkulose durch sachgemässe Behandlung bedeutend gebessert wird. Besonderen Wert legt Verf. auf die Behandlung des Hustens und der Dysphagie. Zur Behandlung der letzteren hat sich ihm besonders gut Orthoform gezeigt. Ausserdem kommt noch die Alkoholinjektion in den Nerv. laryng. sup. oder dessen Resektion in Betracht, ferner Galvanokaustik und Licht- und Strahlentherapie. F. warnt dann vor einem zu energischen operativen Vorgehen. Besonders schädlich hält er die Entfernung der Tonsillen bei vorgeschrittener Tuberkulose. Zum Schluss weist Verf. darauf hin, dass auch die primäre Larynxtuberkulose mehr wie bisher beachtet und behandelt werden sollte, da nach seinen Erfahrungen deren Vorkommen häufiger ist, als man früher annahm.

BRADT.

54) **Heimann. Tuberkulose und Schwangerschaft.** Med. Sektion der Schles. Ges. f. vaterl. Kultur zu Breslau, Sitzung v. 31. Okt. 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 2. S. 55. 1920.*

In jedem Fall von Kehlkopftuberkulose ist die Schwangerschaft zu unterbrechen.

R. HOFFMANN.

55) **Filippo Auriti. Chondrofibrom des Kehlkopfes. (Condro-fibroma della laringe.)** *Atti d. Clinica Oto-Rino-Laringologica d. R. Università di Roma. Bd. 17. 1919.*

Bericht über einen ein 8jähriges Mädchen betreffenden Fall. Der Tumor war kleinnussgross, sass im Vestibulum laryngis und ging von der linken Schildknorpelhälfte aus, war von glatter Schleimhaut überzogen. Die Entfernung geschah mittels Pharyngotomia transversa subhyoidea. Glatte Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Grundsubstanz aus Faserknorpel bestand. Verf. führt die Entstehung des Tumors auf entwicklungsgeschichtliche Ursachen zurück.

CALAMIDA.

56) **Sir Charters J. Symonds. Totale Laryngektomie, Indikationen und Resultate der Operation. (Total laryngectomy; indications for and results of the operation.)** *The Journ. of Laryng., Rhin. and Otology. September 1920.*

Verf. schildert die von ihm befolgte Technik der Operation, die im wesentlichen die von Gluck ist, dessen Name aber nicht genannt wird. Als Indikationen für die Totalexstirpation bezeichnet Verf.: Wenn das ganze Larynxinnere befallen ist, wenn eine hauptsächlich einseitige Erkrankung den Knorpel durchbrochen und die Muskeln ergriffen hat. Sind die Drüsen im Trigonum caroticum erkrankt, so kann eine partielle Resektion genügen, wenn die Erkrankung nur auf eine Seite beschränkt ist. In vielen Fällen kann die Entscheidung erst nach Spaltung des Kehlkopfes getroffen werden. Bericht über 6 Fälle.

FINDER.

57) **Ross Hall Skillern. Ein sonderbarer Fall, in welchem eine diphtherische Membran in der Lunge einen Fremdkörper vortäuscht. Entfernung mittels des Bronchoskops. (A curious case of diphtheritic membrane in the lung simulating a foreign body. Diagnosed and removed by the bronchoscope.)** *The Laryngoscope. Februar 1917.*

Ein 7jähriger Knabe kam ins Spital mit der Aussage, dass er eine Glasperle verschluckt hätte. In der Nacht hatte er schwere Anfälle von Atemnot und Husten. Es wurde Blut ausgehustet und der Pat. war heiser. Nach einer einstündigen Bronchoskopie, welche eine Membran in dem Unterlappen der rechten Lunge zeigte, schwere Atemnot. Später stückweise Entfernung der Membran. Kein Fremdkörper.

O. T. FREER.

58) **H. von Fieandt** und **Y. Meurman. Zwei Fälle von Fremdkörpern im linken Oberlappenbronchus. (Two cases of foreign bodies in the left upper lobe bronchus.)** *Acta Oto-Laryngologica. Vol. II. Fasc. 4. 1921.*

Im ersten Fall bestand der Fremdkörper in einem Stück von einem Blasinstrument, das mit einem Teil — einem Gummiring — konzentrisch der Wand des unteren Bronchus anlag, während der Fortsatz — ein Zinnstück — in den oberen Bronchus hineinragte. Die Extraktion mittels Bronchoscopia superior gestaltete sich sehr schwierig und gelang erst beim dritten Versuch.

Im zweiten Fall — es handelte sich um ein 7jähr. Kind, das einen Kalbszahn aspiriert hatte — gelang die Extraktion mittels Bronchoscopia superior beim ersten Male.

In dem ersten Falle ergab die physikalische Brustuntersuchung keine Veränderung des Atemgeräuschs, was dadurch erklärt wird, dass der Fremdkörper perforiert war. Im zweiten Fall war der Fremdkörper bereits drei Monate in situ; hier konnte schon aus dem Ergebnis der physikalischen Untersuchung annähernd der Fremdkörper gefolgert werden. Die Röntgenuntersuchung gab kein klares Bild; dies erklärte sich nach der Extraktion dadurch, dass der Zahn hohl war.

FINDER.

59) **Peiper-Brünings. Entfernung eines Teiles einer aspirierten Roggenähre auf bronchoskopischem Wege.** Med. Verein zu Greifswald, Sitzung vom 24. Okt. 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 2. S. 55. 1920.*

Die Aehre hatte bei dem 10 Monate alten Knaben zu schweren Störungen geführt. Sie wurde durch obere Bronchoskopie in Narkose aus dem rechten Hauptbronchus entfernt. In der Diskussion wird über einen Fall von Aspiration einer Gerstenähre aus dem Jahre 1898 berichtet, die eine aktinomykotische Eiterung der ganzen Lunge, des vorderen Mediastinums und Brustbeins veranlasst hatte.

R. HOFFMANN.

60) **Hubert Arrowsmith. Eine Verschlusszange für Sicherheitsstecknadeln für das Endoskop. (New safety pin closer for endoscopic use.)** *The Laryngoscope. März 1917.*

Das Instrument hat den Vorzug eines Durchmessers von nur 3 mm und kann trotz seiner Schlankheit sehr kräftig fassen. Es kann mit einer Hand gebraucht werden.

O. T. FREER.

61) **A. Balvay** (Lyon). **Trachealinjektionen; neues praktisches Verfahren. (Injections trachéales; nouveau procédé pratique.)** *Paris Médical. 29. Jan. 1921.*

Verf. gibt eine Beschreibung der bisher geübten Verfahren, um Arzneistoffe mittels trachealer Injektionen in die Trachea und Bronchien zu bringen: Auf laryngoskopischem Wege, unter Leitung des Fingers, der die Epiglottis wie bei der Intubation niederdrückt, auf dem Wege einer Einspritzung von aussen durch das Lig. conicum hindurch, von der Nase aus (Garel).

Das vom Verf. bei einer sehr grossen Zahl von Patienten seit 10 Jahren geübte Verfahren bestand darin, dass — ohne Kontrolle durch den Spiegel — eine Kanüle, die eine besondere Krümmung besitzt, in den Kehlkopfeingang eingeführt wird; die Krümmung gestattet der Kanüle, sich der Hinterfläche der Epiglottis anzulegen. Es werden dann mittels der an der Kanüle befestigten Spritze 2 bis 3 ccm Flüssigkeit eingespritzt, die den supraglottischen Kehlkopfraum ausfüllen und gleichzeitig wird Pat. aufgefordert, tief zu inspirieren.

Röntgenaufnahmen an Kaninchen, denen Hg auf diese Weise in die Trachea gespritzt wurde, zeigte, dass es in beide Lungen von der Spitze bis zur Basis eingedrungen war.

FINDER.

62) **Joseph Stercken. Ueber die Todesursachen bei 89 mit Tracheotomia inferior behandelten Croup-Fällen.** *Inaug.-Diss. Bonn 1919.*

Die Fälle sind aus dem Sektionsmaterial der städtischen Prosektur Aachen 1914—1918 zusammengestellt. In 14,49 pCt. der Fälle erfolgte der Tod infolge Arrosion (Anonyma, Carotis communis dextra, A. thyreoidea ima) teils durch Bakterienwirkung, teils durch Kanülendekubitus; in 4,5 pCt. erfolgte der Tod infolge Mediastinitis. Zusammen also war in rund 19 pCt. der Fälle ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tracheotomie und Exitus vorhanden. Rechnet man, wie die neueren Statistiken anführen, 33 pCt. Mortalität für Tracheotomie überhaupt, so ergibt sich der Prozentsatz von 4,83 pCt. an Arrosionen und 1,5 pCt. für Mediastinitis, insgesamt also 6,33 pCt. an den direkten Folgen der Tracheotomie. Die Tracheotomie setzt durch die Wunde die Eintrittspforte für die Bakterien. Der Kanülendekubitus spielt für das Entstehen der Arrosion bzw. Mediastinitis nur eine untergeordnete Rolle. Die phlegmonöse Eiterung beruht auf einer Mischinfektion.

Wenn auch ein Vergleichsmaterial über Endresultate bei der Tracheotomia superior in dieser Arbeit fehlt, so geben doch die hier angeführten hohen Todesziffern bei der Tracheotomia inferior sehr zu denken.

FINDER.

f) Oesophagus.

63) **Imhofer. Kardiospasmus nach wahrscheinlich oberflächlicher Laugenverätzung.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 20. Nov. 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 1. S. 32. 1920.*

Austrinken eines Putzmittels infolge Verwechslung. Den ausschlaggebenden Befund ergab die Röntgenaufnahme mit Wismuthbissen. Der Fall gelangte unter fortwährender Bougierung zur Heilung. J. weist darauf hin, dass wohl in einer

grossen Anzahl der Fälle oberflächliche Läsionen die auslösende Ursache des Krampfes bilden, analog dem Blepharospasmus.

R. HOFFMANN.

64) **Benjamins. Ueber Oesophagoskopie beim Neugeborenen.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 143.*

B. untersuchte einen 3 Tage alten Säugling ösophagoskopisch. Das Kind war sehr träge beim Schlucken und brach die Nahrung nach einigen Sekunden wieder aus. Die endoskopische Untersuchung liess sich sehr leicht durchführen und zeigte bis zur Kardia kein Hindernis. An der Kardia sah man eine kleine runde umschnürte Oeffnung, durch die das Verlängerungsrohr nach einem geringen Druck glatt durchging. Es wurde daher die Diagnose Kardiospasmus gestellt.

BRADT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

26. Jahresversammlung der American Laryngological, Rhinological and Otological Society.

Boston, 2. bis 4. Juni 1920.

Vorsitzender: Harris P. Mosher.

Der Vorsitzende hält einen Vortrag über die Beziehungen und Variationen des unteren Speiseröhrenendes.

Er behandelt die Lage des Oesophagus zu der Speiseröhre, seine Beziehungen zu den Lungen, ferner den subdiaphragmatischen Teil des Oesophagus, die durch die Crura bewirkten Konstriktionen, die Beziehung des unteren Speiseröhrenendes zur Leber, den Speiseröhren-Magenwinkel, die Pylorusöffnung des Magens, die Lage des Magens bei der Geburt, den Schliessmechanismus des unteren Oesophagusendes.

Dunbar Roy: Lähmung des Rectus externus am rechten Auge nach Mastoiditis des linken Ohres.

L. W. Dean (Jowa City): Die Behandlung der Nebenhöhlenerkrankung bei kleinen Kindern.

D. hat 80 pCt. aller chronischen Nebenhöhlenerkrankungen bei kleinen Kindern verschwinden sehen allein durch Entfernung von Tonsillen und Adenoiden. Oft erweist sich die Behandlung mit Autovakzinen als wertvoll. In allen Fällen mit starker Absonderung werden Spülungen mit physiologischer Kochsalzlösung angewandt; ebenso hat D. angewandt die von Coffin empfohlene Methode, die in Abwechselung von negativem Druck und Kompression besteht, sowie die Behandlung nach Haskin, bestehend in Anwendung der Saugwirkung mittels Gummikatheter. In den resistenten Fällen von Highmorsempyem wird die untere Muschel zur Seite luxiert und dann eine Oeffnung vom unteren Nasengang aus gemacht, darauf die Muschel wieder in ihre normale Lage gebracht. Durch die Oeffnung werden Ausspülungen mit Silbernitratlösung gemacht. Eine Röntgenplatte ist von

grossem Nutzen, um die Höhle genau lokalisieren zu können. Ausgedehntere Operationen sind bei kleinen Kindern nur selten indiziert und zwar da, wo die Sinusinfektion eine schwere Systemerkrankung bedingt, z. B. infektiöse Arthritis und wo die Sinuserkrankung trotz gründlicher Behandlung mit Drainage und Ventilation weiter besteht und wenn nachgewiesen werden kann, dass ein die Systemerkrankung verursachender Mikroorganismus in den Nebenhöhlen anwesend ist.

Wolff Freudenthal: Die Möglichkeiten einer Heilung vorgeschrittener Kehlkopftuberkulose.

Ist in deutscher Sprache erschienen im Arch. f. Laryng., Bd. 33.

F. L. Dennis (Colorado Springs) hat mit Analgeticis keinen grossen Erfolg erzielt, mehr mit Galvanokaustik; der Husten wird oft günstig beeinflusst durch künstlichen Pneumothorax. Er erwähnt Untersuchungen von Müller, der in 50 Fällen von Lungentuberkulose, bei denen der Kehlkopf keine makroskopischen Veränderungen zeigte, histologisch in 90 pCt. Tuberkulose im Kehlkopf fand.

F. R. Spencer (Bouwer, Colorado) betont den Nutzen in erster Linie von Freiluftkur, zweitens Behandlung der Lunge und drittens absolute Ruhe des Kehlkopfes. Was die lokale Behandlung anbelangt, so unterscheidet er 2 Hauptgruppen, solche mit Ulzeration und mehr oder minder ausgesprochenen subjektiven und objektiven Symptomen, die eine lokale Behandlung erfordern und solche Fälle, die sich ganz wohl fühlen und die durch Lokalbehandlung nicht nur nicht besser, sondern schlechter werden.

R. C. Lynch (New Orleans): Die Technik einer radikalen Stirnhöhlenoperation, die mir die besten Resultate gegeben hat.

Vorherige Desinfektion des Naseninnern mit 3proz. alkoholischer Jodlösung; postnasale Tamponade auf der zu operierenden Seite. Inzision wie bei der Killianschen Operation; sie wird jedoch nach aussen zuerst nicht über den Supraorbitalhöcker hinausgeführt, bis durch Messung im Sinus festgestellt ist, dass dies notwendig ist. Das Periost wird nur von der unteren Hälfte der Inzision abgehoben, dagegen nicht nach oben über der Vorderwand der Stirnhöhle. Beim Abheben des Periosts muss man darauf achten, nicht ein Loch in das Orbitalperiost zu machen, sondern es muss die ganze Orbitalwand blossgelegt werden. Ein langes submuköses Elevatorium legt am besten das Tränenbein und die Lamina papyracea frei. Der freigelegte Knochen wird dann entfernt. Man muss daran denken, dass der Winkel, den der Boden der Stirnhöhle mit der Hinterwand bildet, völlig obliteriert werden muss, und besonders gilt dies von dem äusseren Winkel. Nach Entfernung der Orbitalwand wird die Schleimhaut der Stirnhöhle sorgfältig fortkurettiert, die Höhle dann mit einem in Jod getränkten Gazestreifen tamponiert. Es werden nun zwei Katgutnähte ungefähr in der Mitte der Höhle durch das Orbitalperiost gelegt, deren Enden lang hängen gelassen werden; durch Zug an den Fäden kann am besten der untere Wundrand zurückgezogen und die tieferen Teile sichtbar gemacht werden, ohne dass das Auge gefährdet wird, wie bei Anwendung eines Hakens. Es wird nun der Processus nasalis des Oberkiefers, der untere seitliche Rand des Nasenbeins, das Tränenbein und die ganze Lamina papyracea entfernt und das Siebbein ausgeräumt, wobei besonders den Zellen am

nach Aufmerksamkeit zugewandt werden muss. Bisweilen führt L. eine starke Sonde vom Nasengang aus ein, deren Ende in der Keilbeinhöhle liegt und die als Führer dient. Nach Ausräumung auch der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle werden die Knochenränder mit Jodtinktur gepinselt. Es ist nicht nötig, die Spina nasalis des Stirnbeins zu beseitigen. Ein breites Drainrohr wird vom Naseneingang bis dahin gelegt, wo das Infundibulum war, die jodgetränkte Gaze aus der Stirnhöhle entfernt und diese mit Jodtinktur ausgepinselt. Durch Katgutnähte werden die subkutanen Gewebe zusammengebracht, wobei die Nadelspitze aber nicht durch das Periost der oberen Hälfte der Inzision hindurchgeführt wird, die Haut wird durch Metallklammern vereinigt. Das Auge wird sorgfältig ausgewaschen, eine 20proz. Lösung von frischem Argyrol eingeträufelt, danach mit steriler Vaseline bedeckt. Verband. Der Gazestreifen aus der Nase wird nach 36 Stunden entfernt, das Gummidrain wird in der Regel 5 Tage liegen gelassen; täglich wird eine sterile Sonde hindurchgeführt, um die Durchgängigkeit zu sichern. Nach Entfernung des Drains wird ein dicker Dilatator in den Sinus eingeführt und dies 10 Tage lang wiederholt.

In vier Fällen war der Sinus sehr gross und erstreckte sich bis zur Haargrenze; sie heilten vollkommen, ohne dass ein Fenster in die Vorderwand gemacht werden musste.

Fielding O. Lewis (Philadelphia): Bericht über 4 Fälle von radikaler Stirnhöhlenoperation mit ungewöhnlichem pathologischen Befund.

Alle Fälle waren bereits verschiedentlich operiert worden. Sie beweisen nach L.'s Ansicht die Wertlosigkeit der intranasalen Operation bei lange bestehenden chronischen Stirnhöhleneiterungen. Er weist auf die Notwendigkeit hin, jede Spur erkrankter Schleimhaut in diesen Fällen zu entfernen und rühmt die intratracheale Anästhesie als ein wertvolles Unterstützungsmittel bei der Operation.

L. A. Coffin (New York) bezweifelt, dass man bei grossen vielkammerigen Höhlen auf dem orbitalen Wege alles gründlich ausräumen kann. Er hält in solchen Fällen die Killiansche Operation für die beste; bei kleinen Höhlen ist diese nicht nötig.

Edmund Prince Fowler (New York City): Trommelfellspannung und Mittelohrdruck.

T. E. Oertel (Augusta): Submuköser Ersatz wegen äusserer Deformation.

O. berichtet über die Methode, die er einschlägt in jenen Fällen, wo ausser einer Verbiegung des hinteren Scheidewandteiles die Spitze der Cartilago triangularis verkrümmt ist — es handelt sich stets um Folgen von Traumen — und wo infolgedessen auch ein äusserer Schiefstand der Nase vorhanden ist. Entfernung des ganzen Knorpels würde zwar eine gerade, aber eine schlaffe Nase ergeben. Als die beste Art zur Beseitigung der inneren und äusseren Difformität erwies sich die Wiedereinpflanzung eines Stückes von der Lamina perpendicularis des Siebbeins. O. gibt eine genaue Schilderung der Operation. Auf der Seite der In-

zision wird ein Gazestreifen in einon Gummifinger hineintamponiert. Um die äussere Nase in ihrer normalen Stellung zu erhalten, wird Nase und angrenzendes Gesicht mehrere Tage lang mit Zahnmodellierungsmasse, die in heissem Wasser erweicht und nach den Teilen modelliert ist, bedeckt.

Harry A. Barnes (Boston): Die kombinierte operative und Radiumbehandlung maligner Nebenhöhlenerkrankungen.

Die Gründe, weswegen die operativen Erfolge so schlecht, sind nach B. folgende: 1. Die Schwierigkeiten einer frühen Diagnose. B. bespricht besonders die Schwierigkeiten einer Frühdiagnose der Antrumtumoren. Siebbeintumoren werden frühzeitiger erkannt, da sie Epistaxis und Nasenverstopfung verursachen. 2. Die Unzulänglichkeit der Operation. Diese wird meist in Form der Oberkieferresektion von dem allgemeinen Chirurgen ausgeführt. Die Erkrankung hat aber in vielen Fällen ihren primären Sitz im Siebbein und geht in anderen sekundär auf dieses und das Keilbein über, so dass die Oberkieferresektion allein nicht hilft; Siebbeintumoren haben keine Neigung auf die Stirnhöhle überzugreifen, gehen jedoch häufig sekundär auf die Keilbeinhöhle über. 3. Die Notwendigkeit, die Tumormasse durch Exenteration zu entfernen, d. h. sie in toto durch eine Inzision in der umgebenden gesunden Zone zu entfernen, ohne mit dem Tumor zu manipulieren, da sonst die Gefahr der Implantation oder Metastase vorliegt. Diese Bedingung kann bei malignon Sinustumören nicht eingehalten werden, dafür soll Radiumanwendung, und zwar unmittelbar nach der Operation, geschehen, um die mikroskopischen Tumorteile, die zurückgeblieben sind, z. B. in der Gegend der Lamina cribriformis, zu zerstören. Die Radiumröhre wird in die Mitte des Antrumtampons eingeführt und wird während des ganzen Heilungsprozesses bei jedem Verbandwechsel wieder eingelegt. 4. Die Schwierigkeit, das Operationsfeld nach der Operation genau unter Kontrolle zu behalten, so dass Rezidive frühzeitig entdeckt werden können. Besonders gilt dies vom Antrum. Diese Schwierigkeit wird behoben durch die Offenbehandlung: Ein dreieckiger Hautlappen, dessen Basis in der oberen Inzision und dessen Spitze an den unteren Grenzen des Antrums liegt, wird — auch wenn die Haut nicht mit ergriffen ist — von der Wange entfernt: es bleibt so eine permanente Oeffnung in die Operationshöhle. Sie kann mit einer Platte verschlossen oder ein Gazebausch darin getragen werden.

B. hält jeden Fall für operabel, bei dem das Gehirn nicht mitergriffen ist oder bei dem keine Metastasen aussen am Halse sind.

B. schildert die von ihm bevorzugte Operation, die in Trachealäthernarkose gemacht wird und im wesentlichen identisch mit der nach Moure ist. Nach Entfernung der ganzen Tumormasse wird der oben beschriebene Hautlappen aus der Wange ausgeschnitten und die Höhle locker mit Gaze tamponiert, in deren Mitte die Radiumröhre liegt, die ungefähr 14 Tage lang bei jedem Verbandwechsel wieder mit eingelegt wird. Bericht über 4 Fälle.

Ross Hall Skillern (Philadelphia): Ein Fall von ausgedehnter Osteomyelitis des Oberkiefers, Stirn-, Sieb- und Keilbeins.

Pat. hatte ausserhalb eine intranasale Oberkieferoperation und eine Eröffnung der Stirnhöhle durchgemacht und kam mit Osteomyelitis des Oberkiefers in Sk.'s

Behandlung. Ausgedehnte Operation des Oberkiefers; es traten aber septische Temperaturen auf, die Erkrankung schritt auf die Stirnhöhlen fort; trotz breiter Eröffnung derselben, Eröffnung eines infraorbitalen Abszesses, in dem man den aufsteigenden Ast des Oberkiefers und einen Teil des Jochbeins als Sequester fand, ging Pat. zugrunde.

H. S. Dunnings (New York City): Die „Ollier'sche" oder französische Methode der Knochentransplantationen des Oberkiefers.

D. berichtet über die Eindrücke, die er in französischen Kieferlazaretten von der osteoperiostalen Methode der Wiederherstellung des Unterkiefers erhalten hat. Er gibt eine Beschreibung der Methode und setzt ihre Vorzüge auseinander.

Harvey Cushing (Boston): Bemerkungen über Akustikusneurome und über Ethmoidaloperationen wegen Neuritis optica.

Unter 500 histologisch sichergestellten Hirntumoren konnte C. etwa 10 pCt. Akustikustumoren feststellen. In einer grossen Anzahl dieser Fälle, die über Kopfschmerzen geklagt hatten und eine Stauungspapille gefunden war, war von rhinologischer Seite wegen angeblicher Siebbeinerkrankung operiert worden. Es wird häufig übersehen, dass die Patienten auf einem Ohr taub sind. C. schildert die von ihm befolgte Methode der Operation von Akustikustumoren, bei der er jetzt nur 20 pCt. Mortalität hat. C. wendet sich dagegen, dass in solchen Fällen von rhinologischer Seite kritiklos die Nebenhöhlen eröffnet werden.

Hanau W. Loeb und Meyer Wiener: Das Grenzgebiet zwischen Oto-Laryngologie und Ophthalmologie.

Redner besprechen erst die anatomischen Beziehungen zwischen Auge und Nebenhöhlen, dann die Pathogenese der Augenkomplikationen bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, und zwar die einzelnen krankhaften Zustände, die hier bei jedem der betreffenden Organe in Betracht kommen.

James B. Ayer: Einige neuere Studien über Zerebrospinalflüssigkeit.

H. J. Ingals (Boston): Asthenische Hypakusis (Auditorische Neurasthenie).

Joseph C. Beck (Chicago): Hirnnerven.

B. spricht die einzelnen Hirnnerven in ihren Beziehungen zur Oto-Laryngologie durch. Es sei nur einiges daraus hier wiedergegeben:

1. Olfaktorius. Bei 200 Individuen mit scheinbar normalem Riechvermögen und mit verschiedenen Nasenaffektionen hat B. mit seiner Modifikation des Zwaardemaker'schen Apparates gefunden, dass nicht eines ein absolut vollkommenes Riechvermögen hatte. Personen, die beruflich im Handel mit Kaffee, Tee, Oelessenzen und Parfüm zu tun hatten, kamen der Norm am nächsten.

B. hat einige Fälle gesehen, wo Perversionen des Geruchssinnes nach Nebenhöhlenoperation verschwanden. Unmittelbar nach Operationen am Siebbein und der mittleren Muschel war die Geruchsfunktion erheblich herabgesetzt, aber nach Verschwinden der postoperativen Reaktion kehrte sie wieder; eine Ausnahme davon

bilden manche Fälle von nichteitriger Sinusitis mit Polypen, bei denen vor der Operation wenig oder kein Geruchssinn vorhanden war und wo dieser unmittelbar nach der Siebbeinausräumung teilweise wiederkehrte, dann aber allmählich wieder verschwand, um nur selten und für kurze Zeit wiederzukehren. In ein paar Fällen hat B. nach Nasenoperation, darunter einmal nach Septumresektion, Verlust des Geruchsvermögens gesehen.

Erwähnt werden dann die Infektionen der Hirnhäute und des Gehirns auf dem Wege der perineuralen Lymphkanäle der Olfaktoriusfasern, die durch die Lamina cribriformis hindurchtreten, nach Operationen in der Nase.

2. Optikus. B. bespricht die bekannten Beziehungen des N. opticus zu den Nebenhöhlen und den Modus seines Ergriffenwerdens bei Erkrankungen derselben.

Er rät in schnell progressiven Fällen von sogenannter retrobulbärer Neuritis so bald wie möglich eine gründliche Ausräumung der Nebenhöhlen zu machen. Wenn einen Tag nach der Operation die Besserung des Visus anhält oder noch weiterschreitet, so sieht B. darin den Beweis, dass die Ursache für die Herabsetzung des Sehvermögens gefunden ist; erfolgt die Besserung des Visus innerhalb des ersten Tages und nimmt dann ab, so war wahrscheinlich nur die Blutentleerung schuld daran und die Operation hat keinen Nutzen; wenn aber die nach dem dritten Tage erzielte Besserung allmählich abnimmt oder ganz verschwindet, so nimmt B. dies als Zeichen dafür, dass nicht alle Störung beseitigt ist und noch mehr operiert werden muss, oder dass eine ausgesprochene Reaktion auf die Operation vorhanden ist.

B. hat 5 Hypophysistumoren operiert. Er schlägt den transantro-sphenoidalen Weg ein, wie ihn Jansen für die Kieferhöhle, Denker für maligne Tumoren empfohlen hat. Der kranielle Weg ist einzuschlagen in allen Fällen, wo die Symptome zeigen, dass der Tumor oberhalb der Sella turcica ist; der subtemporale Weg nach Cushing ist befriedigender als jeder andere.

3. Okulomotorius und 4. Trochlearis. B. berichtet über 2 Fälle von Ophthalmoplegie infolge Nekrose des Keilbeinkörpers; in einem Falle wurde die Diagnose durch eine Probeoperation, im andern durch Obduktionsbefund bestätigt.

5. Trigeminus: a) Reizung infolge Entzündung, Infiltration und Induration der Endverzweigungen.

Reizung oder Schmerz im Gebiet des Trigeminus ist ein häufiges Symptom bei Nebenhöhlenerkrankung und verschwindet in der Regel mit deren Beseitigung. Bisweilen, wenn sich aber bei längerem Bestehen eine wahre Neuritis hat entwickeln können, hat die Behandlung der Nebenhöhlenaffektion kein Verschwinden der Schmerzen im Gefolge.

b) Affektionen des Ganglion spheno-palatinum.

B. bespricht die durch Erkrankungen der Keilbeinhöhle, des hinteren Siebbeins und des Antrums hervorgerufenen Sluder'schen Symptomenkomplexe, bestehend in tiefsitzendem, nach dem Augapfel, der Gesichtsseite, zwischen Warzen-

fortsatz und Hinterhaupt, nach unten gegen Hals, Schulter, in den Arm und bis in die Finger ausstrahlenden Schmerz.

c) Affektion des Ganglion Gasseri und seiner drei Hauptäste. Paroxystische Schmerzen, die vom Ganglion Gasseri ausgehen, werden durch Reizung oder Entzündung desselben hervorgerufen infolge Erkrankung der Nachbargebilde, z. B. Pars petrosa des Felsenbeins oder selten durch eine grosse Keilbeinhöhle. Häufiger ist die Ausbreitung einer Entzündung auf das Ganglion durch seine Aeste von den zahlreichen Punkten einer möglichen fokalen Infektion.

B. bespricht die spärlichen in der Literatur vorliegenden Daten über die Pathologie des Ganglion Gasseri bei hartnäckiger sogenannter Gesichtsneuralgie.

B. bespricht dann die Behandlung der Trigeminusaffektionen.

6. Abduzens: Bei Erkrankungen des Keilbeins kann Lähmung des M. rectus externus auftreten, häufig kombiniert mit Lähmung der vom Okulomotorius und Trochlearis versorgten Muskeln. Es folgt Besprechung der otogenen Abduzenslähmungen.

7. Fazialis: Besprechung der otogenen Ursachen der Fazialislähmung und der Erfahrungen über die operative Behandlung dieser Lähmungen.

8. Akustikus.

9., 10., 11. Glossopharyngeus, Vagus und Akzessorius: Jede Erkrankung im Schädel in der Pons-Medullarregion oder im Foramen lacerum posticum (Meningitis, Tumoren, Frakturen, Hämorrhagien und Thromben) können diese drei Nerven in Mitleidenschaft ziehen. Wichtig für die Differentialdiagnose ist die Kenntnis der Kerndegeneration längs des 3. und 4. Ventrikels.

Es werden die Beziehungen des Vagus zu Schilddrüsen- und anderen Halstumoren besprochen.

12. Hypoglossus: Spasmen im Bereich des Nerven treten als Beschäftigungsneurose auf bei Berufssprechern infolge exzessiven Stimmgebrauchs.

Es werden die verschiedenen Ursachen der Zungenlähmung besprochen. B. hat einen Fall beobachtet, wo beiderseitige Hypoglossuslähmung entstanden war infolge Durchschneidung beider Nerven bei einem Selbstmordversuch.

Henry Hall Forbes (New York City): Schilddrüse und Thymus; deren Grenzbeziehungen zur Oto-Laryngologie.

F. gibt eine Uebersicht[1]) über die in der Literatur enthaltenen Angaben über Beziehungen der Thyreoidea und Thymus zu den oberen Lymphwegen.

Anhangsweise bespricht er auch kurz die Hypophysis. Erwähnt sei als laryngeales Symptom bei Akromegalie eine tiefe Stimme (Falta) und ein Fall von Pollock, in dem bei Akromegalie mit Atemstörungen eine immense Hypertrophie der ganzen Larynxschleimhaut gefunden wurde.

T. E. Carmody (Denver): Neue Erfahrungen bei malignen Erkrankungen an Kopf und Hals.

C.'s Methode besteht in der gründlichen Entfernung des Erkrankten mittels des Percy-Kauters oder dem Lötkupfer oder mit dem Messer und Kauterisation

1) Die aber nichts weniger als vollständig ist, da die ganze deutsche und österreichische Literatur fehlt. Anm. d. Red.

mittels obiger Mittel. Gründliche Entfernung aller palpablen Lymphdrüsen bi zur Klavikula. (C. erwähnt als seine Beobachtung, dass maligne Tumoren, be sonders Karzinome, wenn sie mit dem Kauter zerstört werden, reizende Dämpf entwickeln. Es müsse sich um Formaldehyd oder ein ähnliches Gas handeln. Nachher wird Radium angewandt. C. zeigt an einigen Beispielen die Gefahren des Radiums. Er hat in den letzten 3 Jahren 20 Fälle behandelt, darunter zwe Kehlkopffälle, von denen einer operiert, einer nur tracheotomiert wurde; 13 waren Karzinome, 7 Sarkome. 6 Karzinome sind noch am Leben, ein Monat bis ein Jahr nach der Operation, 7 sind gestorben. Die Sarkome leben alle noch von 1$^1/_2$ bis 3 Jahre nach der Operation.

Henry Lowndes Lynah (New York City): Oesophaguskrankheiten.

L. bespricht 1. Spasmen. Patienten mit Spasmen am Oesophaguseingang werden oft als hysterische mit „Globus hystericus" behandelt. Manche werden durch Einführung des Oesophagoskops ohne Anästhesie geheilt. Drei seiner Fälle wurden nur temporär dadurch geheilt; einer musste 2 Jahre lang mit Dilatation behandelt werden. Was den sogenannten Kardiospasmus anbelangt, so stehen sich zwei Ansichten gegenüber. Nach der einen spielt beim Zustandekommen des Kardiospasmus das Orifizium im Zwerchfell die Hauptrolle, nach der anderen handelt es sich um eine ausgesprochene Sphinkterwirkung der Kardia, die zustande kommt durch nachweisbare zirkuläre Muskelfasern. L. neigt der ersten Meinung zu.

2. Narbenstenosen. Was die Lokalisation der Stenosen nach Laugenverätzung anbelangt, so hat L. von 7 Fällen bei Kindern die Stenose am oberen Orifizium und in allen anderen unterhalb der Bronchialkreuzung gefunden; bei Erwachsenen war der Sitz gewöhnlich hoch, in einem Fall jedoch im mittleren Drittel. L. bespricht die ösophagoskopische Differentialdiagnose zwischen Narbenstenose und Neoplasma.

3. Paralyse des Oesophagus. Treten meist nach akuten Infektionskrankheiten wie Diphtherie, Poliomyelitis usw. auf. Schluckbeschwerden sind bisweilen begleitet von sensorischer Lähmung des Kehlkopfs. Die Patienten sind nicht imstande abzuhusten, das Sekret sammelt sich in dem Sinus pyriformis, fliesst in den Kehlkopf und die Patienten geben an Bronchopneumonie zugrunde.

4. Divertikel. L. hat einen Fall von Kombination von Traktions- und Pulsionsdivertikel gesehen bei einem Patienten, der an Lungentuberkulose litt und auch Tuberkulose des Oesophagus hatte; es waren einige fungöse Granulationen im Oesophagus. In einem Falle, der zugrunde ging, war komplette Narbenstenose der ganzen Oesophagusportion unterhalb des Divertikels vorhanden. L. berichtet über eine ganz plötzliche Entstehung eines Divertikels im Anschluss an einen heftigen Hustenanfall. Er bespricht dann die Operation dieser Fälle und erwähnt den von Gaub und Jackson gemachten Vorschlag, bei der Operation von aussen sich des Oesophagoskops als Führer zu bedienen. Um bei Operation von aussen die Gefahr der Mediastinitis zu verringern, schlägt L. vor, in zwei Zeiten zu operieren. In der ersten Sitzung führt er eine lange Alligatorzange so

ein, dass die eine Branche in dem Divertikel, die andere in dem subdivertikulären Oesophagus liegt; die zwischen beiden Branchen liegende gemeinsame Wand wird fest zusammengequetscht: Es können sich nun Adhäsionen bilden zwischen Divertikelwand und Oesophaguswand, das Mediastinum ist abgeschlossen, bevor die gemeinsame Wand durchschnitten wird, also die Gefahr der Mediastinitis verringert.

5. Maligne Tumoren. L. hat von Radiumanwendung keine Vorteile gesehen; in einem der damit behandelten Fälle trat Perforation ein. Das beste Mittel zur Verlängerung des Lebens ist die Einführung weicher Oesophagusschläuche, die am besten unter Leitung des Spatels geschieht.

6. Luetische Stenose. L. hat 2 Fälle gesehen; der eine betraf einen Mann, der auch ein Gummi im Larynx, heftige Dyspnoe hatte und tracheotomiert werden musste; die Schluckschmerzen, über die er klagte, wurden durch Feststellung einer gummösen Erkrankung des Oesophagus erklärt. Nach Einführung einer Schlundsonde zur Ernährung und Anwendung von Hg und Salvarsan konnte er nach 2 Wochen schlucken. Untersuchung nach 3 Monaten zeigte Narbenstenose im oberen Teil des Oesophagus. Dekanülement unmöglich.

7. Tuberkulose. L. hat viele Fälle von Larynxtuberkulose gesehen, bei denen er die bestehenden Schluckschmerzen auf eine Hauptbeteiligung des Oesophagus zurückführt. Geschwüre im Oesophagus sind oft vorhanden bei tuberkulösen Individuen, ohne dass ein Verdacht darauf besteht; sie werden nur bei ösophagoskopischer Untersuchung entdeckt.

Sidney Yenkauer (New York City): Grenzbeziehungen zwischen Lungen- und Bronchialkrankheiten zur Oto-Laryngologie.

Y. tritt für die Bedeutung der Bronchoskopie für die Diagnose der Lungenkrankheiten ein. So hat er unter etwa 60 Fällen, bei denen die Röntgenuntersuchung, physikalische und alle anderen Methoden nur auf die Diagnose Lungenabszess hinwiesen, 13 Lungentumoren — maligne und benigne — nachweisen und in allen Fällen diese Diagnose durch mikroskopische Untersuchung bronchoskopisch entfernter Stücke bestätigen können; auch einige Fremdkörper hat er dabei gefunden. Auch therapeutisch hat er manches leisten können z. B. durch bronchoskopische Spülungen bei Lungeneiterung.

Y. wendet sich dann der Behandlung des Keuchhustens zu, bei dem er stets eine akute Entzündung des Larynx mit Rötung und Schwellung aller seiner Teile gefunden hat; er ist geneigt, den Keuchhusten als eine Infektionskrankheit mit strikte auf den Larynx beschränkter Lokalisation zu betrachten. Er hat die besten Resultate gehabt mit lokaler Anwendung einer 4 proz. Antipyrinlösung im Larynx einmal täglich; die beste Form der Applikation ist — besonders bei kleinen Kindern — mittels direkter Laryngoskopie. In Frühfällen hörte der Keuchhusten bisweilen schon nach der ersten Injektion auf. Y. behauptet, dass in jedem Fall ein unmittelbarer und entschiedener Einfluss auf die Zahl und Heftigkeit der Anfälle ausgeübt wird.

Chevalier Jackson (Philadelphia): Die Symptomatologie und Dianose von Fremdkörpern in Luft- und Speisewegen auf Grund einer Studie von 789 Fällen.

Die Hauptpunkte sind folgende:

A. Larynx. 1. Fremdkörper im Kehlkopf verursachen initialen Kehlkopfspasmus, worauf mehr oder weniger starkes laryngeales Keuchen, kruppöser Husten und ein variabler Grad von Störung der Phonation folgt.

2. Schmerz in der Kehlkopfregion kann vorhanden sein und wird bisweilen auf die Ohren bezogen.

3. Einen dünnen, flachen Fremdkörper kann der Kehlkopf relativ kurze Zeit ertragen, in der Mehrzahl der Fälle aber macht die Entwicklung einer zunehmenden Dyspnoe die frühzeitige Entfernung zur Notwendigkeit.

B. Trachea. 4. Trachealfremdkörper sind gewöhnlich beweglich und ihre Bewegungen können gewöhnlich von dem Patienten gefühlt werden.

5. Die Vibrationen können gefühlt und mit dem Sthetoskop gehört werden.

6. Husten ist gewöhnlich sofort vorhanden, kann eine Zeitlang verschwinden und wiederkehren oder kann anhaltend und so heftig sein, dass er zu Erbrechen führt.

7. Plötzliches Abgeschnittensein des Expirationsstromes und der Phonation während eines paroxysmalen Hustens ist fast pathognomonisch für einen beweglichen Trachealfremdkörper.

8. Dyspnoe ist gewöhnlich vorhanden; sie ist bedingt durch die Masse des Fremdkörpers plus der subglottischen Schwellung, die verursacht wird durch den Traumatismus infolge der Ortsveränderungen des Fremdkörpers.

9. Das asthmaähnliche Keuchen ist gewöhnlich vorhanden; es ist oft lauter und von einem tieferen Ton als beim Bronchialfremdkörper. Es wird am Mund, nicht an der Brustwand gehört.

10. Schmerz ist kein gewöhnliches Symptom, kann aber vorkommen und durch den Patienten genau lokalisiert werden.

C. Bronchi. Frühsymptome reizender Fremdkörper (wie Erdnüsse). 11. Initialer Kehlkopfspasmus ist fast stets vorhanden bei Fremdkörpern organischer Natur, wie Nusskerne, Erbsen, Bohnen, Mais usw.

12. Bei Kindern unter 2 Jahren entwickelt sich innerhalb 24 Stunden eine eitrige Laryngo-Tracheo-Bronchitis.

13. Fieber, Toxämie, Zyanose, Dyspnoe und Krampfhusten treten prompt auf.

14. Das Kind ist nicht imstande, den dicken muzilaginösen Eiter durch den geschwollenen Larynx aufzuhusten und kann „in seinem eigenen Sekret ertrinken“ bis der Fremdkörper entfernt ist.

15. Es bildet sich bald ein Lungenabszess.

16. Je älter ein Kind, desto weniger heftig ist die Reaktion.

17. In frühen Stadien ist akutes Emphysem vorhanden, gekennzeichnet durch: a) Beschränkung der Thoraxexkursion; b) gedämpft-tympanitischer Perkussionsschall; c) stark abgeschwächtes oder fehlendes Atemgeräusch über der

verstopften Seite; d) zahlreiche Rasselgeräusche und rauhes Atmen über der freien Seite.

18. Das Röntgenogramm bestätigt diese Zeichen, indem es zeigt: a) grössere Transparenz der verstopften Seite; b) Verdrängung des Herzens nach der freien Seite; c) Depression und Bewegungsbeschränkung des Zwerchfells auf der verstopften Seite.

D. **Oesophagus.** Es gibt keine absoluten diagnostischen Symptome für Oesophagusfremdkörper.

19. Die konstanteste Klage ist jedoch die Dysphagie, die an Stärke mit der Grösse des Fremdkörpers und dem Grade der entzündlichen oder spastischen Reaktion wechselt, die vorhanden ist.

20. Schmerz kann durch das Eindringen eines scharfen Fremdkörpers, durch sekundär dazu auftretende Entzündung, durch Einkeilung eines grossen Gegenstandes oder durch spastischen Verschluss des hiatalen Sphinkters verursacht werden.

21. Das subjektive Fremdkörpergefühl ist gewöhnlich vorhanden, kann jedoch nicht als verlässliches Zeichen eines Fremdkörpers gelten, denn es ist auch noch eine Zeit lang nach dem Durchgang des Eindringlings vorhanden.

22. Jedes dieser Symptome kann, oft in sehr starkem Grade, von vorherrschenden gewaltsamen Versuchen der Entfernung her vorhanden sein und der Fremdkörper kann oder kann auch nicht mehr anwesend sein.

23. Fluoroskopische Untersuchung der Schluckfunktion mit Bariumgemisch oder Kapsel wird die Lokalisation eines Fremdkörpers geben, der nicht radiòpak zu sein braucht.

24. Es sollen immer Röntgenaufnahmen von vorn nach hinten und von der Seite gemacht werden.

25. Der Wert einer Röntgenaufnahme nach Entfernung des Fremdkörpers kann nicht dringend genug empfohlen werden.

William B. Chamberlain (Cleveland): **Die endonasale Tränensackoperation.**

Schilderung der West'schen Operation.

Benton N. Colver (Battle Creek): **Ein interessanter Fall von kompletter beiderseitiger Choanalatresie.**

Die Atresie wurde gleich bei der Geburt erkannt; erst als das Kind 2 Jahre und 8 Monate alt war, wurde die Operation gestattet. Das Kind hatte nicht kauen gelernt, weil beim Kauakt es nicht atmen konnte; es wurde nur mit Milch genährt und war unterernährt. Der obere Alveolarbogen ist schmäler als der untere, die vorderen oberen Zähne stehen vor. Die Operation bestand darin, dass in die Schleimhaut, die den knöchernen Verschluss bedeckte, jederseits dicht am Septum ein Schnitt gelegt und sie mittels des Elevatoriums abgehoben wurde; dann wurde, während der Zeigefinger des Operateurs zum Schutz in den Nasenrachen eingeführt wurde, mit dem Meissel die knöcherne Wand abgetragen. Ein erhebliches Stück vom hinteren Rand des Vomers wurde vom Nasenrachen aus

mit einer kleinen gebogenen Zange entfernt, nachdem die Mukosa jederseits hier ein Stück abgehoben und nach vorn gezogen war. Die Schleimhautlappen, welche von der Vorderfläche des knöchernen Verschlusses abgehoben waren, wurden über den seitlichen Rand des Fensters gelegt, wobei der Finger vom Nasenrachen aus mithalf, und dann ein Gummidrain eingeführt, das am 8. Tage entfernt wurde. Das Resultat war gut.

T. R. Chambers (Jersey City): Befallensein von Auge und Kehlkopf bei Purpura haemorrhagica.

19 jähriger Pat. mit Purpura. Rechtes Auge blind; Exsudat von der Iris in die vordere Kammer. Die Spitze der Uvula sah aus wie ein schwarzer Schuhknopf. Der freie Rand der Epiglottis schwarz, die Stimmritze injiziert. Ein hypodermischer Extrakt von einem Purpurafleck enthielt in Mengen einen intrazellulären Diplokokkus, der völlig dem Meningokokkus glich. Injektion von Antimeningokokkenserum. Heilung. (Nach dem offiziellen Sitzungsbericht.)

III. Briefkasten.

Die von Prof. A. Onodi hinterlassene wertvolle Sammlung von Präparaten zur Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen ist von dem Royal College of Surgeons of England erworben worden; die Kosten dafür sind durch Subskription aufgebracht worden.

Personalnachrichten.

Prof. Brünings (Greifswald) ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVII. März 1921. No. 3.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **G. Bradt** (Berlin), **Calamida** (Mailand), **R. Dreyfuss** (Frankfurt a. M.), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **F. Hanszel** (Wien), **R. Hoffmann** (Dresden), **R. Imhofer** (Prag), **G. Jonquière** (Bern), **R. Kotz** (München), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **R. Lund** (Kopenhagen), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer.
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXVII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1921) 25 Mark.

Berlin 1921.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVII. Berlin, März. 1921. No. 3.

I. Gustav Killian †.

Der 24. Februar 1921 ist in der Geschichte der Laryngologie ein Tag der Trauer, denn an diesem Tage ist Gustav Killian gestorben. Wo immer in der Welt unsere Wissenschaft eine Pflegstätte gefunden hat, wo auch nur einer ihrer Jünger in ihrem Dienste tätig ist, wird diese Nachricht aufrichtigen Schmerz und tiefe Trauer erwecken.

Noch im September v. J. hatte Killian sich mit gewohntem Eifer an den Arbeiten unserer Sektion auf der Naturforscherversammlung in Nauheim beteiligt. Schon bald nach seiner Rückkehr jedoch fing er an zu kränkeln. Erscheinungen, die immer deutlicher auf eine maligne Erkrankung des Magens hinwiesen, bewogen seine ärztlichen Berater, eine Probelaparotomie vorzunehmen; leider erwies sieh das Uebel bereits als so weit vorgeschritten, dass von dem Versuch einer operativen Beseitigung Abstand genommen werden musste. Seine Umgebung wusste den Kranken über die Natur seines Leidens zu täuschen und so nahm er in dem Glauben eine erfolgreiche Operation überstanden zu haben und in voller Zuversicht auf baldige Heilung seiner vermeintlich harmlosen Krankheit die über alles geliebte Arbeit wieder auf. Noch wenige Tage bevor die immer heftiger werdenden Beschwerden und zunehmende Schwäche ihn auf das Lager niederzwangen, von dem er sich nicht mehr erheben sollte, hat er eine Totalexstirpation des Kehlkopfes mit der ihm eigenen

Meisterschaft der Technik ausgeführt. Das letzte Mal erblickten wir ihn bei der wehmütigen und erhebenden Feier, mit der die Universität Berlin das Andenken an die Gründung des Deutschen Reiches beging. Killian bekleidete zur Zeit die Würde des Dekans der medizinischen Fakultät und nahm in seinem Amtsornat an dem Festakt teil. Sein Anblick war wahrhaft erschütternd. In dem roten Mantel und Barett glich der einst so stattliche Mann mit dem ausdrucksvollen Kopf schon fast einer Erscheinung aus der Geisterwelt. Bald auch konnte seinem ärztlichen Scharfblick die wahre Natur seiner Krankheit nicht verborgen bleiben. Als er seines nahen Endes gewiss war, bestellte er sein Haus und nahm Abschied von den Seinigen und seinen Freunden: er versammelte seine Assistenten um sich und übergab ihnen sein wissenschaftliches Testament und seinen literarischen Nachlass. So ist er wie ein Weiser und ein Held gestorben, seiner Wissenschaft und seiner Arbeit treu bis zum letzten Atemzuge.

Gustav Killian wurde am 2. Juni 1860 in Mainz als Sohn eines Gymnasiallehrers geboren. In Bensheim an der Bergstrasse absolvierte er das Gymnasium. Seine Neigung ging ursprünglich dahin, Baumeister zu werden; er hatte eine ausgesprochene Begabung für die Architektur und ist dieser Vorliebe für die „Mutter aller Künste“ zeitlebens treu geblieben. Schliesslich aber siegte über diese Neigung der Entschluss, Medizin zu studieren. Er begann sein Studium in Strassburg und bezog dann die Universitäten Freiburg, Berlin und Heidelberg. Im Jahre 1894 wurde er zum Doktor promoviert und bestand das ärztliche Staatsexamen. Die Grundlage für seine spezialistische Ausbildung legte er 1886 in Berlin bei H. Krause und besonders bei Hartmann, dessen Assistent er wurde. Nachdem er kurze Zeit in Mannheim die Praxis als Spezialarzt ausgeübt hatte, liess er sich in Freiburg nieder. Kurze Zeit darauf starb daselbst Wilhelm Hack, dessen Name durch die aufsehenerregenden Arbeiten über nasale Reflexneurosen und die lebhaften an diese Frage sich knüpfenden Kontroversen bekannt geworden ist, und nun wurde Killian von der medizinischen Fakultät in Freiburg mit der Leitung der dortigen Poliklinik für Hals- und Nasenkranke betraut und im folgenden Jahre zur Dozentur zugelassen. Das Jahr 1892 brachte ihm die Ernennung zum ausserordentlichen Professor; im Jahre 1899 hatte er die Freude, den lange gehegten Wunsch erfüllt zu sehen, dass ihm eine stationäre Klinik eingerichtet wurde, und 1907 wurde er zum ordentlichen Honorarprofessor ernannt.

Die Zeit in Freiburg umfasst die glücklichsten Jahre in Killians Leben. Hier hat er in rastloser Arbeit seine schönsten wissenschaftlichen Erfolge errungen, von hier verbreitete sich sein internationaler Ruf, der Schüler und Kranke von allen Seiten in die Freiburger Klinik strömen liess, hier — in einer der anmutigsten und schönst gelegenen Städte

Deutschlands — fand seine tiefwurzelnde Liebe zur Natur auf frohen Wanderfahrten in den Schwarzwald stets neue Nahrung, hier verlebte er in dem nach eigenen Plänen erbauten Hause köstliche Stunden des Glücks und der Zufriedenheit im Kreise seiner Familie. Was Wunder, dass sich Killian vor eine schwere Entschliessung gestellt sah, als der Ruf an ihn erging, die durch B. Fränkels Tode verwaiste Stelle des Direktors der Berliner Universitätsklinik und Poliklinik für Hals- und Nasenkranke einzunehmen. Als er sich schliesslich — nach schweren inneren Kämpfen — dahin entschied, Freiburg, das ihm eine zweite Heimat geworden war, zu verlassen, da war es nicht nur die ehrenvolle und verlockende Aussicht, sich in der Hauptstadt des Reiches einen grösseren Wirkungskreis zu schaffen, die ihn zu diesem Entschluss bestimmte; sehr wesentlich wirkte dabei mit die Sorge um die zukünftige Stellung der Laryngologie in Berlin und damit an den deutschen Universitäten überhaupt. Denn es machten sich nach Fränkels Rücktritt Strömungen geltend, die, falls sie sich durchsetzten, schliesslich sicher dahin geführt hätten, die Laryngologie als wissenschaftliche Disziplin und als akademisches Lehrfach in eine Art Aschenbrödelstellung zu drängen. Diese Gefahr wurde damals noch mit knapper Not abgewendet und zwar hauptsächlich wohl dadurch, dass Killian sich entschloss, die an ihn ergangene Berufung als Nachfolger Fränkels anzunehmen. Bald gelang es ihm, auch in dem neuen Wirkungskreise sich eine seiner wissenschaftlichen Bedeutung entsprechende Stellung in der Fakultät, unter seinen engeren Fachgenossen und in der weiteren ärztlichen Welt zu erringen. Nachdem er schon bald nach seiner Berufung als persönlicher Ordinarius Mitglied der Fakultät geworden war, erfolgte im Jahre 1920 seine Ernennung zum etatsmässigen Ordinarius und damit die offizielle Anerkennung der Laryngologie als eines den übrigen medizinischen Disziplinen völlig gleichberechtigten akademischen Lehrfachs. Die Berliner Laryngologische Gesellschaft wählte ihn zu ihrem Vorsitzenden; er hat bis zu seinem Tode den Vorsitz der Gesellschaft innegehabt, ihre Verhandlungen mit Umsicht und strenger Sachlichkeit geleitet und sie immer wieder durch eigene oder aus seiner Klinik stammende Vorträge und Demonstrationen belebt und bereichert. Noch an der Sitzung im Januar d. J. nahm er teil; als er wiederum einstimmig zum Vorsitzenden gewählt wurde, nahm er diesen erneuten Beweis der Anerkennung seiner Fachgenossen mit dem Gelöbnis an, das auf uns alle, die wir um seinen hoffnungslosen Zustand wussten, tieferschütternd wirkte, auch im kommenden Jahr sich des Vertrauens der Gesellschaft würdig erweisen und nach Kräften bei ihrer wissenschaftlichen Arbeit witwirken zu wollen.

Auf die letzten Jahre Killian's warf der Krieg, der von ihm das Leben eines Sohnes als schwerstes Opfer forderte, und das Unglück seines

heissgeliebten Vaterlandes einen schwarzen Schatten. Einen Lichtblick bedeutete für ihn die Feier seines 60. Geburtstages am 2. Juni 1920 und die bei dieser Gelegenheit zu Tage tretende Verehrung und Anerkennung, deren er sich in reichstem Masse erfreute. Als ein beredtes Zeichen dieser Gesinnung konnte ihm eine zweibändige Festschrift überreicht werden, zu der ausser fast allen namhaften deutschen auch eine grosse Anzahl von Laryngologen aus dem neutralen und einige aus dem früher feindlichen Auslande Beiträge geliefert hatten.

Ueberblicken wir Killians wissenschaftliches Lebenswerk, so stehen wir vor einer Leistung, die ihrem Umfang nach erstaunlich ist und in ihrer Bedeutung nicht hoch genug bewertet werden kann. Die Zahl seiner Arbeiten erreicht fast die Hundert; ein Teil dieser Arbeiten hat geradezu umwälzend gewirkt und der Laryngologie, deren Fortentwicklung sich bis dahin im wesentlichen auf den ihr von Türk und Czermak gewiesenen Bahnen vollzogen hatte, ein völlig verändertes Aussehen verliehen. Dass Killian so Vieles und so Grosses schaffen konnte, wird erst begreiflich, wenn man seine Art zu arbeiten kannte. Er lebte ganz seiner Wissenschaft und seinem Beruf als Lehrer und Arzt; all seine Kraft und Fähigkeit, seine ganze Zeit waren ausschliesslich in ihren Dienst gestellt. Ausser der Liebe zur Natur und einer Freude an erlesenen alten Dingen der Kunst und des Kunstgewerbes, mit denen er sich zu umgeben liebte, hatte nur das Interesse für seine wissenschaftlichen und ärztlichen Aufgaben in ihm Platz. Diese Konzentration, die er auch von seinen Schülern als Voraussetzung für eine erfolgreiche wissenschaftliche Tätigkeit verlangte, brachte ihn jedoch nicht in die Gefahr, der Einseitigkeit des Nur-Spezialisten zu verfallen, er war vielmehr ein in allen Sätteln gerechter und allseitig gebildeter Arzt. Es selbst hat uns einmal einen Blick in seine geistige Werkstatt tun lassen, als er bei seinem 60. Geburtstag in der Erwiderung auf eine Ansprache seine Arbeitsmethode kennzeichnete. Seine wissenschaftlichen Erfolge sind ihm durchaus nicht etwa mühelos in den Schooss gefallen, sie sind das Ergebnis zielbewusster schwerer Arbeit. Hatte irgend ein Problem sein Interesse erweckt, so nahm es ihn Tag und Nacht völlig gefangen; er klammerte sich daran mit einer Zähigkeit und Beharrlichkeit, die fast zum Eigensinn wurde, er verwarf eine Lösung nach der anderen und ruhte nicht, bis er — oft nach Aufwendnng unendlicher Geduld und nach schwerem Ringen — die allein brauchbare gefunden hatte. Killians Lebensarbeit ist ein Beispiel dafür, dass wissenschaftliche Leistungen hohen Ranges auch bei grösster Begabung und Fähigkeit nur erreicht werden können durch eisernen Fleiss und durch den „Ernst, den keine Mühe bleichet".

Die ersten Arbeiten Killians beschäftigen sich zum grossen Teil mit anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Fragen; so handelte seine

Habilitationsschrift von der Bursa und Tonsilla pharyngea, andere Veröffentlichungen betrafen die Morphologie und Anatomie der Ohrmuskeln. Das Jahr 1895 brachte dann eine Reihe von Abhandlungen über die Anatomie der Nase menschlicher Embryonen, die ein glänzendes Zeugnis ablegen von Killians gründlicher und gewissenhafter Forschungsmethode und für unsere Kenntnisse von der Morphologie der Siebbeingegend von grundlegender Bedeutung geworden sind. Auch später ist Killian dieser Vorliebe für anatomische Probleme treu geblieben, wie seine Untersuchungen über den „Mund der Speiseröhre" beweisen, in denen er den Nachweis eines konstriktorischen Mechanismus am Oesophaguseingang führte und auf die sich daraus ergebenden wichtigen praktischen Konsequenzen für die Fremdkörperlokalisation hinwies. Diese Neigung zu anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Studien teilte er übrigens mit seinem ihm bereits 1906 im Tode vorausgegangenen Bruder Johann, der in Worms als sehr geschätzter Spezialarzt tätig war und dem wir ausser anderen laryngologischen und rhinologischen Beiträgen eine sehr wertvolle Abhandlung über die Gaumenmandeln und die Mandelbucht verdanken.

Killian hat die Chirurgie der oberen Luftwege durch eine Anzahl von Operationsmethoden bereichert, die sich ausgezeichnet bewährt und die weiteste Verbreitung gefunden haben. Dies gilt vor allem von der submukösen Septumresektion, die heute wohl die am meisten geübte endonasale Operation darstellt und deren segensreiche Wirkung in zahllosen Fällen erprobt ist. Wenn auch das Prinzip der submukösen Fensterresektion von Krieg herrührt, so gebührt zweifellos Killian das Verdienst, auf diesem Prinzip eine brauchbare und einfache, für alle Fälle anwendbare und wirksame Methode aufgebaut zu haben, die Gemeingut der Rhinologen geworden ist. Ebenso hat seine Radikaloperation der Stirnhöhle zahlreiche Anhänger gefunden. Das Problem, die Höhle zur Verödung zu bringen, gleichzeitig das Siebbein und eventuell auch die Keilbeinhöhle gründlich auszuräumen und mit diesem radikalen Vorgehen ein möglichst günstiges kosmetisches Resultat zu verbinden, ist hier in glücklichster Weise gelöst worden.

Den Höhepunkt in Killian's Schaffen bildet die Einführung und der Ausbau der direkten Untersuchungsmethoden. Was er auf diesem Gebiete geleistet hat, sichert seinem Namen einen unvergänglichen Platz in der Geschichte der Medizin und seinem Andenken die unauslöschliche Dankbarkeit der leidenden Menschheit. Nachdem er sich zuerst davon überzeugt hatte, dass man von der Tracheotomiewunde aus mit Röhrenspateln in die Bronchien eingehen und sie auf diese Weise ableuchten konnte, unternahm er den kühnen Schritt, aus der schon von Kirstein gewonnenen

Erkenntnis, dass der Winkel zwischen Mundhöhle und Kehlkopfachse mechanisch zu überwinden sei, die letzte Konsequenz zu ziehen und mit einem starren Rohr vom Munde aus in die Trachea und über die Bifurkation hinaus in die Hauptbronchien und deren Aeste vorzudringen. Im Jahre 1898 demonstrierte er sein Verfahren in der Versammlung Süddeutscher Laryngologen und bereits in der Versammlung des nächsten Jahres konnte er über zwei mittels seiner Methode glücklich entfernte Bronchialfremdkörper berichten. Seitdem haben die direkten Untersuchungsmethoden der oberen Luftwege ihren Siegeslauf über die ganze Welt vollendet, aus allen Ländern pilgerten die Aerzte nach dem badischen Universitätsstädtchen, um diese Methoden aus eigener Anschauung kennen zu lernen und sich in ihnen zu vervollkommenen, tausende von Kranken verdanken diesen Methoden Errettung von drohendem Siechtum und Erhaltung des Lebens. Man war in den vorhergehenden Jahren vielfach bereits geneigt gewesen, auf die Laryngologie als auf eine zu einem gewissen Abschluss gelangte, der Stagnation anheimfallende Disziplin herabzublicken. der nennenswerte Entwicklungsmöglichkeiten nicht mehr innewohnten. Killian hat durch seine geniale und kühne Entdeckung diese Anschauung Lügen gestraft und der Laryngologie ein ganz neues und weites Arbeitsfeld erschlossen. Welch ungeahnt grossen Erfolge auf diesem Gebiet erzielt worden sind, welchen reichen Gewinn Diagnostik und Therapie der oberen Luftwege aus der Tracheoskopie und Bronchoskopie gezogen, welch unendlichen Segen diese Methoden insbesondere bei den bis dahin oft ganz aussichtslosen Fremdkörperfällen gestiftet haben, dass braucht vor den Lesern dieser Zeitschrift, in deren letzten 20 Bänden unzählige Beispiele dafür verzeichnet sind, nicht näher ausgeführt zu werden. Unermüdlich hat Killian an der Vervollkommnung seiner Methoden gearbeitet und in Wort und Schrift für ihre Verbreitung gewirkt. Er hatte dabei das Glück, in seinen Assistenten von Eicken, Brünings und Albrecht hingebende und verständnisvolle Mitarbeiter zu finden; Brünings stellte sein ausgezeichnetes technisches Können in den Dienst der Sache und hat an der Ausgestaltung des Instrumentariums und dem Ausbau der Methoden hervorragenden Anteil.

Die letzte Phase auf dem Wege der Entwicklung, den die direkten Methoden durchgemacht haben, stellt die Schwebelaryngoskopie dar, der ein grosser Teil von Killians Arbeit während seiner Berliner Jahre gewidmet war. Welch ein weiter und mühevoller Weg von jener ersten kleinen, aber bedeutungsvollen Verbesserung unserer Untersuchungstechnik durch die von Killian im Jahre 1889 empfohlene Spiegelung der hinteren Larynxwand und Trachea in aufrechter Stellung bis zur direkten Besichtigung des Kehlkopfs im Schwebeverfahren und der mit diesem Verfahren

gefundenen Lösung des Problems, mit beiden Händen im Kehlkopf arbeiten zu können.

Ueberaus charakteristisch für Killians Arbeitsmethode und für die eiserne Energie, mit der er ein einmal ins Auge gefasstes Ziel verfolgte, ist die Schilderung, die er selbst davon gegeben hat, wie der Gedanke der Schwebelaryngoskopie in ihm entstand und wie dieser Gedanke zur Reife und Ausführung kam: Um seinem Zeichner eine bequeme Ausführung von Bildern der tieferen Luftwege zu ermöglichen, führt er auf der Freiburger Anatomie in den weit aufgesperrten Mund einer Leiche einen Spatel über Zunge und Kehldeckel ein und lässt den Kopf an dem Spatel in einem am Seziertisch befestigten Eisengestell frei schweben. Er erhält ein überraschendes Bild der Mundrachenhöhle, des Kehlkopfs und des Speiseröhreneingangs, und sofort kommt ihm der Gedanke, ob man das Prinzip der Untersuchung am frei schwebenden Kopf nicht auch am lebenden Menschen ausführen könne. Der Gedanke lässt ihn nicht mehr los, er überzeugt sich durch ein paar tastende Versuche von seiner Ausführbarkeit und rastet nun nicht, bis er — nach Ueberwindung zahlloser Schwierigkeiten und nach immer neuen Aenderungen und Verbesserungen — schliesslich sein bis ins kleinste durchdachtes und nach allen Richtungen praktisch durchprobtes Verfahren den Fachgenossen zur Benutzung übergeben kann.

Es würde den uns zu Gebote stehenden Raum weit überschreiten, wollten wir die zahlreichen sonstigen Arbeiten Killians, seine Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen, zur Verwendung der Röntgenstrahlen im Dienste der Rhinologie, zur Lehre von den nasalen Reflexneurosen, zur technischen Vervollkommnung der Larynxexstirpation usw. hier im einzelnen zu würdigen versuchen. Es gibt kaum ein Gebiet unserer Spezialdisziplin, auf dem wir nicht den Spuren seines Geistes, seiner unermüdlichen Forscherarbeit begegnen. Als er während des Krieges als Fachbeirat des Gardekorps Gelegenheit hatte, eine sehr grosse Zahl von Kriegsverletzungen des Kehlkopfs auf seiner Klinik zu behandeln, warf er sich mit dem ganzen Feuereifer, der ihn stets ergriff, wo eine wissenschaftliche oder ärztliche Aufgabe ihn lockte, auf dieses neue Gebiet; er bildete sich an den vielen Fällen von Dauerschäden nach Kehlkopfverletzung, die ihm von allen Seiten zugesandt wurden, zu einem Meister der plastischen Chirurgie heran und wenn er uns in unserer Berliner Laryngologischen Gesellschaft wieder einmal einen Kriegsverletzten vorstellen konnte, dem seine Kunst die Atmung auf natürlichem Wege und den Gebrauch der Stimme wiedergegeben hatte, dann leuchtete die helle Freude aus seinen Augen. Es war in den ersten Dezembertagen des vergangenen Jahres, als er mich zu sich bitten liess, um die Publikation seiner Er-

fahrungen über die Kriegschirurgie des Kehlkopfs mit mir zu besprechen. Mit berechtigtem Stolz zeigte er mir die grosse Zahl von Mappen mit dem sorgsam geordneten, bis in jede Einzelheit durchgearbeiteten Material; was da an Krankengeschichten, Protokollen, Zeichnungen und Skizzen niedergelegt ist, stellt einen Schatz von Erfahrungen dar, wie ihn auf diesem Gebiet wohl keiner sonst gesammelt haben dürfte. Wie lebhaft er auch, von seinem Gegenstand ganz erfüllt, in Sprache und Bewegungen war, ein Blick auf seine eingefallenen Wangen, auf die tief in den Höhlen liegenden mattblickenden Augen machten es mir zur traurigen Gewissheit, er würde die Drucklegung dieser Arbeit, die ihm so am Herzen lag, nicht mehr erleben.

Aus der Fülle seines Schaffens, mitten aus Plänen und Entwürfen zu neuer Arbeit ist Gustav Killian allzufrüh vom Tode abgerufen worden. An seiner Bahre vereinigten sich mit der schmerzgebeugten Familie die Fachgenossen, die ihren anerkannten Führer verloren hatten, die Schüler, die ihrem verehrten Lehrer und Meister nachtrauerten; aus dem in jedem Leid treuerprobten Bruderland waren die Kollegen Hajek, Marschik und Hofer herbeigeeilt, um namens der Wiener Laryngologen den Manen des Verstorbenen den Zoll der Verehrung und Dankbarkeit darzubringen. In Freiburg, wohin ihn sein Herz immer wieder zog, hat man ihn zu Grabe getragen. Dort ruhe er von seiner Arbeit; sein Werk ist unvergänglich und sichert seinem Namen die Unvergänglichkeit. Finder.

Wir müssen es uns leider wegen Raummangels und wegen der gebieterischen Notwendigkeit der Sparsamkeit versagen, die umfangreiche Liste von Killians wissenschaftlichen Arbeiten abzudrucken.

II. Felix Semon †.

Am 1. März d. J. starb nach kurzer Krankheit im 72. Lebensjahr der Begründer dieses Centralblattes Sir Felix Semon, ein Mann, der sich um die Laryngologie ausgezeichnete Verdienste erworben und unter den Vertretern unserer Disziplin eine führende Stellung eingenommen hat.

Felix Semon wurde im Jahre 1849 in Danzig geboren, besuchte, nachdem seine Eltern nach Berlin übergesiedelt waren, hier das Gymnasium und studierte in Heidelberg und Berlin Medizin. Seine Studiengang erlitt eine Unterbrechung durch den deutsch-französischen Krieg, an dem er als Einjährig-Freiwilliger im 2. Garde-Ulanenregiment teilnahm. Im Jahre 1872 wurde er zum Doktor promoviert und bestand sein Staatsexamen; er ging dann zu seiner weiteren Ausbildung nach Paris, Wien, wo er sich besonders an Stoerk anschloss, und nach London, wo der Besuch des Golden Square Throat Hospital und die Anregung, die er durch Beobachtung des grossen und interessanten dort vorhandenen Materials erhielt, ihn zu dem Entschluss brachten, sich ganz der damals noch in ihren ersten Stadien der Entwicklung befindlichen Laryngologie zu widmen und sich als Spezialarzt in London niederzulassen. Nachdem er im Jahre 1876 Mitglied des College of Physicians geworden war, wurde er als Arzt am Golden Square Throat Hospital angestellt. Der für den unbekannten jungen Ausländer besonders schwere Weg in die Praxis wurde ihm nicht unwesentlich geebnet durch seine Heirat mit Frl. Auguste Redeker, die als ausgezeichnete Sängerin und sehr gesuchte Gesangspädagogin sich eines grossen Rufes in London und ausgedehnter Beziehungen erfreute.

Frühzeitig schon erwarb er sich die literarischen Sporen durch einige in englischen Zeitschriften erschienene laryngologische Beiträge, durch die er die Aufmerksamkeit seiner Fachgenossen auf sich lenkte. Im Jahre 1880 erschien die von ihm besorgte deutsche Ausgabe des ersten Teiles von Morell Mackenzies „Diseases of the Throat and Nose.“ Mackenzies Lehrbuch war damals das standard-work der Laryngologie; es umfasste alles, was bis dahin auf diesem Gebiete geleistet worden war, und brachte in klarer und übersichtlicher Darstellung eine Summe

persönlicher Erfahrung, wie sie bis dahin keinem Laryngologen zu Gebote gestanden hatte.

Semon begnügte sich nicht damit, dieses Werk, das stets für jeden Jünger unserer Disziplin eine reiche Fundgrube des Wissens bleiben wird, einfach in seine Muttersprache zu übersetzen; in einer Fülle von erweiternden und erläuternden Zusätzen brachte er überall, wo seine eigenen Ansichten und Erfahrungen von denen Mackenzies abwichen, seinen persönlichen Standpunkt zur Geltung und verstand es so, bei aller Treue gegen den Text des Buches, sich doch das Recht seiner damals schon recht ausgesprochenen Individualität zu wahren.

Als im Jahre 1881 der Internationale Medizinische Kongress in London stattfand, wusste es Semon mit grosser Energie und jener diplomatischen Kunst, in der er ein Meister war, durchzusetzen, dass zum ersten Male bei diesen wissenschaftlichen Veranstaltungen die Laryngologie als Sonderfach anerkannt wurde, indem man ihr — wenn auch aus Rücksichten, die in den damaligen Londoner lokalen Verhältnissen begründet waren — noch nicht eine selbständige volle Sektion, so doch wenigstens eine Subsektion zubilligte, die der Sektion für innere Medizin angegliedert wurde, und zu deren Schriftführer Semon gewählt wurde. Mit diesem Eintreten für die Anerkennung des von ihm vertretenen Faches auf dem VII. Internationalen Medizinischen Kongress beginnt der unermüdliche Kampf, den Semon für die Stellung und das Ansehen der Laryngologie gekämpft hat, solange er im Dienste dieser Wissenschaft tätig war.

Im Jahre 1882 wurde Semon Arzt für Halskrankheiten am Londoner St. Thomashospital und nun beginnt ein rascher Anstieg auf der Stufenleiter der Erfolge und Ehrungen. Im Jahre 1885 verleiht ihm das Royal College of Physicians als dem ersten Laryngologen das Prädikat eines „Fellow", er erhält den preussischen Professortitel, wird Ehrenmitglied fast aller Fachgesellschaften der Welt, Vorsitzender der auf seine Anregung entstandenen Londoner Laryngologischen Gesellschaft, seine wissenschaftlichen Leistungen und seine ärztliche Tätigkeit machen seinen Namen weithin bekannt und geachtet, sein Ruf als Konsiliarius lässt Kranke aus allen Teilen der Welt zu ihm strömen, seine glänzenden persönlichen Eigenschaften verschaffen ihm — allen anfänglichen Gegenströmungen zum Trotz — in der englischen Gesellschaft eine fast beispiellose Stellung, er wird Leibarzt des Königs, in dessen intimeren Kreis er Eingang findet, wird 1897 in den englischen Ritterstand erhoben, und als er sich auf der Höhe seines Schaffens aus der Oeffentlichkeit zurückzieht, bevor der Glanz seiner Laufbahn noch durch das geringste Anzeichen des Niederganges getrübt ist, da vereinigen sich die hervorragendsten

Vertreter der Wissenschaft, der Kunst und der Gesellschaft zu einer eindrucksvollen Kundgebung, in der die Wertschätzung, die er in allen Kreisen geniesst, zu beredtem Ausdruck gelangt.

Nach einer Reise um die Welt bezog Semon sein Tuskulum in Great Missenden nicht weit von London und lebte nur noch seinen künstlerischen und sportlichen Neigungen.

Wenn wir uns an eine Würdigung dessen machen, was Semon für die Laryngologie geleistet hat, so wird man es begreiflich finden, dass an dieser Stelle zuerst und besonders ausführlich von der Gründung dieses „Internationalen Centralblattes für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften“ die Rede ist. Semons Gedanke war, ein Journal ins Leben zu rufen, das in Form von Referaten aus der Feder kompetenter Mitarbeiter die Laryngologen zuverlässig und übersichtlich über alles informieren sollte, was auf ihrem Gebiete in der ganzen Welt gearbeitet wurde und das gleichzeitig einen Mittelpunkt für die Interessen der laryngologischen Spezialität bilden sollte. Semon hat in den 25 Jahren, während deren er als Herausgeber des Blattes zeichnete, jene beiden Hauptpunkte seines Programms in vorbildlicher Weise erfüllt, und als nach seinem Rücktritt der jetzige Herausgeber, der schon viele Jahre vorher die redaktionellen Geschäfte des Blattes geführt hatte, an seine Stelle trat, bemühte er sich, soweit dies die veränderten Zeitläufte gestatteten, das Blatt im Sinne seines Begründers weiterzuführen. Semon gewann eine Anzahl der hervorragendsten Fachgenossen verschiedener Nationalität, die in treuer und uneigennütziger Mitarbeit es übernahmen, die Literatur ihres Landes zu referieren; er selbst widmete sich mit besonderer Hingabe und grossem Geschick der Aufgabe, für die Interessen unseres Faches einzutreten. Mit nie erlahmender Energie, mit dem Eifer der Ueberzeugung, mit dem ganzen Aufgebot seiner schriftstellerischen Kunst, seiner Dialektik und Sachkenntnis hat Semon ein Vierteljahrhundert lang in diesen Blättern für die Anerkennung der Laryngologie als einer den übrigen Sonderfächern der Medizin gleichwertigen und gleichberechtigten Disziplin und für ihre Selbständigkeit als akademisches Lehrfach gekämpft. Es war gewiss in seinen letzten Lebensjahren ein aufrichtiger Schmerz für ihn, einsehen zu müssen, dass dieser Kampf so gut wie umsonst gekämpft war.

Auch der Erörterung aller Fragen, die vom wissenschaftlichen Standpunkt die Lebensinteressen der Laryngologie berührten, hat Semon die Spalten dieses Zentralblattes geöffnet. Als nach dem Tode Kaiser Friedrichs durch Mackenzies Pamphlet „The Fatal Illnes of Frederic the Noble“ der unerquickliche Streit zwischen dem englischen Laryngologen und den deutschen Aerzten des unglücklichen Fürsten in die Oeffentlichkeit gezerrt wurde, stellte sich Semon ganz auf die Seite seiner verleumdeten deut-

schen Kollegen. In einer Reihe von Artikeln unterzog er die Ausführungen Mackenzies einer vernichtenden Kritik und deckte erbarmungslos die unverantwortlichen Mittel auf, mit denen dieser Mann, der bei seiner grossen wissenschaftlichen Bedeutung eine in ethischer Beziehung sehr anfechtbare Persönlichkeit war, sich am Krankenbett des hohen Dulders zu behaupten gewusst hatte.

In einem gewissen Zusammenhang mit der Krankheit Kaiser Friedrichs und den im Anschluss an sie entstandenen Kontroversen stand die von Semon im Zentralblatt angeregte Sammelforschung über die Frage des Uebergangs gutartiger Kehlkopfsgeschwülste in bösartige, speziell nach intralaryngealen Operationen. Die Behauptung, dass eine solche Umwandlung häufig vorkomme, war bereits 1875 von Lennox Browne aufgestellt worden, und diese Behauptung tauchte mit erhöhter Nachdrücklichkeit im Jahre 1887 wieder auf in einem Leitartikel des Brit. med. Journal, der durch den im Mittelpunkt des allgemeinen Interesses stehenden tragischen Krankheitsfall angeregt war. An dieser von Semon auf das sorgfältigste vorbereiteten Sammelforschung beteiligten sich 107 Beobachter aus allen Ländern, die ein Material von fast 11000 Fällen beibrachten. Wie Semon dieses Material durcharbeitete und sichtete und jeden einzelnen für die Beantwortung der strittigen Frage in Betracht kommenden Fall unter die kritische Lupe nahm, ist vorbildlich für die Art, wie solche wissenschaftlichen Fragen auf dem Wege einer Sammelforschung zu einer Entscheidung gebracht werden können. Diese Entscheidung fiel in diesem Fall ein für allemal dahin aus, dass eine Umwandlung gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige überhaupt enorm selten ist und dass ein Einfluss intralaryngealer Eingriffe auf solche Degenerationen absolut nicht besteht.

Den malignen Neubildungen des Kehlkopfes hat Semon stets ein besonderes Interesse gewidmet. Schon frühzeitig (1887) erhob er gegen die damals noch allgemein verbreitete unheilvolle Anschauung Einspruch, dass zum Symptomenbild des inneren Kehlkopfkrebses Schluckschmerzen, Dyspnoe, Lymphdrüsenschwellung und Kachexie gehören, und wies immer wieder mit allem Nachdruck auf die Notwendigkeit der Frühdiagnose hin; als ein im Sinne einer solchen zu verwertendes wichtiges Zeichen lehrte er uns die Bewegungsbeschränkung des erkrankten Stimmbandes ansehen. Gemeinsam mit Henry Butlin hat er die Thyreotomie, über die Paul Bruns auf Grund seiner schlechten Resultate das Verdammungsurteil gesprochen hatte und die infolgedessen fast in Vergessenheit geraten war, durch eine genaue Feststellung der Indikationen und durch Verbesserung der Technik wieder zu Ehren gebracht.

Den breitesten Raum in Semons literarischer Tätigkeit nehmen seine Beiträge zur Lehre von den Kehlkopfnerven ein; sie vor allem sind es, die seinen Namen auch in weiteren ärztlichen Kreisen bekannt gemacht haben. Schon seine erste laryngologische Veröffentlichung im Jahre 1878 betraf Fälle doppelseitiger Abduktorlähmung; im Jahre 1880 machte er in einem der Zusätze zu der von ihm besorgten deutschen Ausgabe des Mackenzieschen Lehrbuchs aufmerksam auf die „höchst auffallende Erscheinung, dass in manchen Fällen, in denen zentrale oder periphere Schädlichkeiten ohne jede Frage auf den ganzen Nervenstamm einwirken, sich während des Lebens nur die Symptome der Paralyse der Glottiserweiterer darbieten. . . Diese grössere Geneigtheit der für die Erweiterer bestimmten Fasern, lange vor den andern, in vielen Fällen selbst ausschliesslich zu erkranken, ist doch sehr auffallend". Hier haben wir die Beobachtung, die dann auf Grund sorgfältiger klinischer Beobachtungen und experimenteller Untersuchungen zu dem Gesetz von der grösseren Vulnerabilität der Erweitererfasern des Nervus recurrens bei organischen Erkrankungen ausgebaut wurde. Dass um die Urheberschaft dieses Gesetzes zwischen Semon und O. Rosenbach ein viele Jahre lang mit Erbitterung geführter Prioritätsstreit entbrannte, ist wohl noch in aller Erinnerung. Semon hat niemals bestritten, dass Rosenbach die Tatsache des früheren Erliegens der Erweiterer „bei Kompression des Rekurrensstammes" zuerst erwähnte, für sich aber durfte er mit Recht das Verdienst in Anspruch nehmen, die Tragweite dieser Beobachtung, die von Rosenbach zunächst einfach registriert wurde, erkannt und ihr Zutreffen für alle organischen progressiven Schädlichkeiten, welche die Wurzeln oder Stämme der motorischen Kehlkopfnerven treffen, nachgewiesen und als Gesetz proklamiert zu haben. Von fundamentaler Wichtigkeit und von weittragender Bedeutung für die klinische Medizin waren ferner die in Semons Arbeiten enthaltenen Beobachtungen über doppelseitige Abduktorlähmung bei Tabes, der Hinweis auf die Symptomlosigkeit der einseitigen Abduktorlähmung und auf die sich daraus ergebende Notwendigkeit der Kehlkopfuntersuchung in jedem Fall von Verdacht auf Tabes, sowie die Feststellung, dass es sich bei den Lähmungen der Glottisverengerer fast ausnahmslos um solche funktioneller Natur handelt. Es sei ferner hingewiesen auf die gemeinsam mit Victor Horsley unternommenen experimentellen Untersuchungen über die zentrale motorische Innervation des Kehlkopfes und die Beziehungen des Kehlkopfes zum motorischen Nervensystem. Die Semonschen Arbeiten zur Nervenpathologie des Kehlkopfs hatten eine teilweise Umwälzung der damals bestehenden Anschauuugen zur Folge: eine ganze umfangreiche Literatur baute sich auf ihnen auf, in der

das pro und contra in einer oft sehr leidenschaftlichen Weise erörtert wurde. Der Streit der Meinungen über die Allgemeingiltigkeit des Semon-Rosenbachschen Gesetzes, über die beste Erklärung für das Zustandekommen der ihm zu Grunde liegenden Erscheinungen, über die Frage, ob die Abduktorlähmung bei Tabes zentralen Ursprungs oder durch periphere Neuritis bedingt sei, über die Bedeutung der Semon-Horsleyschen Experimente und über die aus ihnen zu ziehenden Schlussfolgerungen flackert auch heute noch immer wieder auf. Semon hat in allen diesen Kämpfen tapfer seinen Mann gestanden und mit einer nicht geringen Zahl achtenswerter Gegner seine Klinge gekreuzt. Er war eine durchaus polemische Natur, der Kampf schien ihm fast Lebenselement zu sein und er hat selbst über die Sammlung seiner ausgewählten Arbeiten, in der er seine „Forschungen und Erfahrungen" zusammengefasst hat, das Motto gesetzt: „Leben heisst: ein Kämpfer sein". Wie scharf und leidenschaftlich er aber auch werden konnte, wenn es sich um die Wahrung seines Rechtes oder die Verteidigung seiner Meinung handelte, „bedenklicher Mittel" wie sie ihm noch jüngst einer seiner Widersacher vorwarf, hat er sich in seinen literarischen Fehden meines Wissens nie bedient. Wer ein Beispiel dafür haben will, wie zwei an Geist und Schlagfertigkeit gleichwertige Gegner einen wissenschaftlichen Streit mit aller Leidenschaftlichkeit und Schärfe, aber doch unter Wahrung der Kampfregeln und des gegenseitigen Respektes miteinander ausfechten, der lese den Briefwechsel zwischen O. Rosenbach und Semon.

Werfen wir noch einen kurzen Blick auf die anderen Gebiete unseres Faches, auf denen Semon sich wissenschaftlich betätigt hat, so sei an die fast in Vergessenheit geratene Tatsache erinnert, dass Semon es war, der im Jahre 1883 in einer Sitzung der Clinical Society die Hypothese aufstellte, dass Kretinismus, Myxödem und Cachexia strumipriva ihre gemeinsame Ursache in dem Verlust der Schilddrüse haben, welche Behauptung ihm „lebhafte Heiterkeit" seitens der Gesellschaft einbrachte. Es sei ferner erinnert an die Arbeit, in welcher er den Nachweis der pathologischen Identität der unter verschiedenen Namen beschriebenen akuten septischen Entzündungen des inneren und äusseren Halses zu führen sucht und eine ganz ausgezeichnete Darstellung dieser Krankheitsformen gibt. Wir wollen schliesslich nur noch die aus den letzten Jahren seiner wissenschaftlichen Tätigkeit stammenden interessanten Beobachtungen über Pneumokokkeninvasion des Halses erwähnen. Wir sind uns bewusst, dass wir nur über die wichtigeren Arbeiten Semons hier einen flüchtigen Ueberblick haben geben können; seine zahlreichen kleineren Veröffentlichungen und kasuistischen Beiträge müssen wir mit Stillschweigen übergehen.

Alle literarischen Erzeugnisse Semons zeichnen sich durch ihren gepflegten Stil und durch die Frische und Lebendigkeit der Darstellung aus. Er weiss jede Materie anregend und interessant zu gestalten, und wenn er auch manchmal in dem Bestreben, ja recht deutlich und eindringlich zu sein, etwas zu sehr in die Breite geht, so hat der Leser sich doch niemals durch öde Strecken hindurchzuarbeiten, er findet auf jeder Seite eine treffende Bemerkung, ein geistvolles Aperçu, ein passendes Zitat. Wäre Semon nicht ein Mann der Wissenschaft geworden, so hatte er das Zeug dazu, ein hervorragender Journalist zu werden. Zu statten kam ihm bei seiner schriftstellerischen Tätigkeit seine umfassende allgemeine Bildung, seine grosse Belesenheit und sein ausgesprochener künstlerischer Sinn.

* * *

Semon hat selbst einmal das Folgende geschrieben: „Das beliebte ‚De mortuis nil nisi bene‘ hat mich stets ebensowenig angesprochen wie seine Antithesis: ‚Den Lebenden ziemt Schonung, den Toten Aufrichtigkeit.‘ Die Befolgung beider Grundsätze verhilft einfach der Lüge zum Siege.“ ...

Wäre ich vor die traurige Pflicht gestellt worden, einen Nachruf auf Felix Semon schreiben zu müssen, bevor gewisse Ereignisse eintraten. die den Lesern dieses Blattes bekannt genug sind, so hätte ich mit derselben Hingebung und Ueberzeugung, mit der ich an die Würdigung seiner grossen wissenschaftlichen Verdienste herantrat, mich an die Aufgabe gemacht, hier ein Bild des Verstorbenen als Mensch und als Freund zu entwerfen. Aber auf dieses mir einst so liebe Bild hat die jüngste Vergangenheit einen Schatten geworfen. Ich will angesichts eines frischen Grabes schmerzliche und peinliche Dinge nicht wieder berühren, ich will aber auch nicht durch Befolgung des von dem Verstorbenen selbst verpönten „De mortuis nil nisi bene“ auf den Weg der Unwahrhaftigkeit geraten, indem ich nur die vielen guten und hervorragenden Seiten seines Charakters hier hervorhebe und das verschweige, worin er nach Ansicht vieler seiner einstigen Freunde und zu ihrem aufrichtigen Schmerz gegen das Land seiner Geburt gefehlt hat. Wenn ich also davon absehe, dem Menschen Semon hier ein Blatt der Erinnerung zu widmen, so wird sein Andenken darum nicht geschmälert. Denn was Felix Semon als Forscher und Arzt für unsere Wissenschaft geleistet, was er für sie gekämpft und gewirkt hat, wird seinen Namen allezeit unvergessen machen. Finder.

III. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Haag** (Heilbronn a. N.). **Sieben Jahre Schularzttätigkeit.** *Württemb. med. Korresp.-Blatt. No. 7. 1921.*

Der Bericht über eine siebenjährige Schularzttätigkeit erstreckt sich auf Heilbronn a. N. und Landbezirk, er gibt einen Einblick in Art, Umfang und Erschwerung der Tätigkeit eines Schularztes in Landgemeinden. Sprachfehler wurden kaum 1 pCt. notiert, Nasenerkrankungen selten, häufiger dagegen Schwellungen der Mandeln.

SEIFERT.

2) **Josef v. Csiky. Experimentelle Untersuchungen über das Asthma.** Aus der II. med. Klinik d. Univ. Budapest (Prof. Jendrassik). *Zeitschr. f. d. gesamte exp. Med. 16. Januar 1921.*

Versuche an sensibilisierten und normalen Meerschweinchenlungen legen die Wahrscheinlichkeit nahe, dass es sich beim Asthmaanfalle wesentlich um eine Innervationsanomalie der elastischen Fasern handelt. — Dass die elastischen Fasern, die bisher als passiv wirkende Gebilde betrachtet wurden, unter nervösem Einfluss stehen, kann man aus dem momentanen Einwirken der Arzneien auf die Nervenelemente bei Anaphylaxie wie bei Asthma schliessen.

W. SOBERNHEIM.

3) **Max Fiebig. Beitrag zur Klinik der infantilen Pseudobulbärparalyse.** Aus d. Univ.-Ambulat. f. Stimm- u. Sprachstörungen der Charité zu Berlin. *Archiv f. Kinderheilk. Bd. 68. S. 425. 1921.*

An der Hand von 10 Fällen aus Gutzmanns Ambulatorium und Praxis entwirft F. ein vollständiges Bild dieser Krankheit, die eine Teilerscheinung der zerebralen Kinderlähmung darstellt.

Aetiologisch kommt eine Schädigung der Hirnrinde in Betracht, daher keine Muskelatrophie oder Entartungsreaktion.

Geistige Defekte sind im Gegensatz zu anderen Formen der zerebralen Kinderlähmung meist nicht vorhanden.

Die bulbäre Dysarthrie, Stottern, Stammeln werden nach den allgemeinen Regeln behandelt, die Schwäche des Gaumensegels durch aktive Bewegungen, unterstützt durch passive, behoben.

Die Prognose ist im allgemeinen gut.

Die Kinder mit der reinen Form der infantilen Pseudobulbärparalyse sind fast immer geistig normal.

DREYFUSS.

4) **Margarete Corinth. Ueber einen Fall von Aktinomykose des Ganglion Gasseri.** Separatabdruck aus d. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 65. Aus d. städt. Krankenhaus Danzig. *Diss. Königsberg 1920.*

28 Jahre alter Schäferknecht. Starker Gewichtsverlust, allgemeines Krankheitsgefühl. In der Gegend der rechten Parotis eine pflaumengrosse Schwellung, auf Druck schmerzhaft, keine Fluktuation. Im Ohr Vorwölbung des geröteten Trommelfells, nach Parazentese dicker rahmiger Eiter, Flüstersprache am Ohr.

Rechte Pupille reagiert träger als linke, Kornealreflex rechts aufgehoben. Kieferklemme. Sensibilität in allen Aesten des rechten Trigeminus aufgehoben. Temperatur 37,3°. Rasches Auftreten von meningitischen Symptomen. Lumbalpunktion ergibt dickrahmigen Eiter mit grampositiven Streptokokken. Exitus. Autopsie: Schwere eitrige Leptomeningitis basilaris, schwielig-eitrige Pachymeningitis an der Oberfläche des rechten Felsenbeins.

Pyohydrocephalus internus sinister, Gehirnödem, Eiterung vor dem rechten Ohr und im M. temporalis, Otitis media purulenta, multiple Abszesse im Kleinhirn und der Brücke, Granulationstumor des rechten Ganglion Gasseri. In demselben massenhaft Aktinomyzesdrusen.

DREYFUSS.

5) **Nordheim** (Hamburg). **Maul- und Klauenseuche beim Menschen.** *Med. Klinik. No. 7. S. 209. 1921.*

Bei einem 6jährigen Mädchen Erbrechen, Fieber, Mund- und Halsschmerzen, dann Auftreten eines makulösen Exanthems, schwere eitrige Mundentzündung und schmerzhafte Bläschen in der Vulva.

SEIPERT.

6) **W. Culp. Status thymico-lymphaticus, Missverhältnis zwischen Gehirn- und Schädelgrösse und Unfall.** *Monatsschr. f. Unfallheilkunde u. Invaltdenwesen. Leipzig. Juli 1920. No. 7.*

3 Todesfälle nach Verkehrsunfall. Es bestand regelmässig neben einem übermässig grossen Gehirn ein grosser Thymus und Hyperplasie der lymphatischen Organe. Die Langsamkeit des Denkens bei lymphatischen Kindern im Zusammenhang mit der Ungewandtheit des Trägers des unverhältnismässig vergrösserten Gehirns kann zumal mit der durch die Gemütserregung bedingten Volumzunahme des Gehirns den Unfall verursacht haben.

W. SOBERNHEIM.

7) **Franz Robbers. Ein Fall von Thymuskarzinom.** Aus dem pathol Institut Greifswald. *Diss. Greifswald 1919.*

Frau von 65 Jahren. Seit einigen Monaten zunehmende Atemnot. Seit 4 Wochen ein Knoten über dem Brustbein. Röntgenbild: Schatten oberhalb des Herzens neben und oberhalb der Aorta, der nicht in 2 Richtungen pulsiert. Plötzlicher Exitus 1 Tag nach erster Röntgenbestrahlung.

Die Sektion ergibt einen mit dem Brustbein und Schlüsselbein verwachsenen Tumor, dessen histologische Untersuchung erweist, dass es sich um ein Karzinom des Thymus handelte. Die Arbeit beschliesst ein Ueberblick der seitherigen Kasuistik.

DREYFUSS.

8) **Joseph Weinstein. Wesen und Behandlung der Blutung bei Nasen- und Rachenoperationen. (Nature and control of hemorrhage in nasopharyngeal operations.)** *The Laryngoscope. März 1917.*

Nach einer Beschreibung der Blutstillung durch lokale Massnahmen und des Wesens der Blutgerinnung, soweit man im Jahre 1917 damit bekannt war, berichtet W. seine Erfahrungen mit den neueren Blutstillungsmitteln. Adrenalin in kleinen Dosen, intravenös gegeben, verkürzt die Gerinnungszeit um die Hälfte bis ein

Drittel, auch Aethernarkose verkürzt die Gerinnungszeit. W. findet, dass Emetin, von Ipecacuanha gewonnen, in subkutanen Dosen von 3 Zentigramm die Gerinnungszeit um ein Drittel abkürzt. Dasselbe leistet Pituitrin, und W. betrachtet Emetrin und Pituitrin als die wertvollsten der modernen Blutstillungsmittel. Er erwähnt auch Koagulen Ciba, Thromboplastin und Koagulose. Thromboplastin soll vom New Yorker Gesundheitsbureau als sehr wertvoll bei Mandel- und Rachenmandeloperationen gefunden worden sein. O. T. FREER.

9) **Mühsam** (Halle). **Ein neues Verfahren zur Behandlung akuter und chronischer Schleimhauterkrankungen der oberen Luftwege.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 106. S. 156.*

Ausgehend von den guten Erfahrungen mit der lokalen Schleimhautmassage, besonders bei atrophischen Prozessen mit Neigung zu Borkenbildung, wurden in der Denkerschen Klinik Versuche mit dem Brettschneiderschen Wechselatmungsapparat angestellt. Dieser ist so angeordnet, dass der Kranke wechselweise einen warmen Luftstrom von 45—55° und einen eisgekühlten von 6° einatmet. Der Wechsel erfolgt nach etwa 20 tiefen Atemzügen, eine Sitzung dauert eine halbe Stunde. Verf. sah gute Erfolge und empfiehlt die Behandlung auch bei akuten Rhinopharyngitiden. KOTZ.

10) **G. Genoese. Die Behandlung des Keuchhustens mit Aetherinjektionen. (Il trattamento della tosse convulsiva con le iniezoni di etere.)** *Il Polclinico. 7. Februar 1921.*

Verf. hat die von Frankreich aus empfohlenen intramuskulären Aetherinjektionen bei 20 keuchhustenkranken Kindern im Alter von 6 Monaten bis 11 Jahren in verschiedenen Stadien der Erkrankung angewandt. Die Injektionen werden mit Aether purissimus in die Glutäen gemacht; bei Kindern unter 1 Jahr $^1/_2$ ccm, bei 1—3 Jahren 1 ccm und über 3 Jahre 2 ccm alle 2 Tage. Im ganzen waren nur 3—6 Injektionen nötig. Der Erfolg war ausgezeichnet; das Erbrechen hörte sofort auf, der Allgemeinzustand besserte sich, die Anfälle wurden seltener, nahmen an Intensität ab und verschwanden schliesslich völlig. Die Erfolge waren ebenso gut in 4 Fällen, die mit Bronchopneumonie kompliziert waren.

CALAMIDA.

11) **Pichler** (Klagenfurt). **Geruchswahrnehmungen an Leberkranken.** *Zentralblatt f. innere Med. No. 7. 1921.*

Bei rund 100 Fällen von „katarrhalischer Gelbsucht" und etwa 90 Fällen von Leberverhärtung, die allerdings nicht alle Gelbsucht hatten, wurde über 20mal ein eigenartiger, starker Geruch bemerkt, der dem Munde des Kranken mit der Atemluft entströmte, in 2 Fällen aber auch der Hautausdünstung zukam und stark an den Geruch von Indol erinnerte. SEIFERT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

12) **F. Schreiber** und **E. Goldberg** (Breslau). **Meningitis epidemica nach Nasenkorrektur.** *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 63. S. 179. 1921.*

Nach einer kosmetischen Nasenoperation wegen Höckers und zu grosser Nase (Schreiber) setzte 18 Stunden später eine schwerste Zerebrospinalmeningitis ein,

als deren Erreger am 11. Krankheitstage einwandsfrei der Meningococcus intracellularis nachgewiesen wurde. Die Behandlung bestand in ergiebigen Lumbalpunktionen — es wurden im ganzen 500 ccm Liquor entleert —, ferner in täglichen intravenösen Urotropininjektionen und vom Augenblicke des Nachweises der Erreger an in endolumbaler Serumbehandlung mit Meningokokkenserum Merck, wovon im ganzen 60 ccm injiziert wurden. Klinisch geheilt ist die Meningitis in 20 Tagen. Im Liquor waren noch nach mehr als 4 Wochen Agglutinine und Präzipitine nachweisbar. — Offenbar war Pat. Meningokokkenträger; die Erschütterung bei der Operation — Hammer und Meissel wurden übrigens nicht benutzt — und die Eröffnung von Venen- und Lymphbahnen hat die für die Aktivierung günstigen Verhältnisse geschaffen.

DREYFUSS.

13) **Eugen Polya** (Budapest). **Verfahren zum Ersatz von gewissen lateralen Defekten der Weichteilnase und der Nasenspitze.** *Zentralbl. f. Chir. No. 8. 1921.*

Dreieckiger Hautlappen mittels V-förmigem Schnitts im Sulcus nasolabialis mit der Spitze nach unten; die Distanz zwischen den beiden Endpunkten des V entspricht der Breite des Nasendefekts. Dieser Hautlappen wird zusammen mit dem lateralen Rand des Nasendefekts und der benachbarten Wangenhaut so weit unterpräpariert, bis sich die Ränder des dreieckigen Nasendefektes in der Nachbarschaft der Mittellinie ohne Spannung in Berührung bringen lassen. Vereinigung des Sekundärdefektes in der Richtung des Sulcus nasolabialis. Zurückschlagen des dreieckigen Hautlappens in die Nase und Annähen desselben an die Wunde der Nasenschleimhaut. Vereinigung der Wundränder des Nasendefektes in perpendikulärer Richtung.

P. hat das Verfahren in mehreren Fällen von Karzinomexstirpation und bei traumatischen Defekten erprobt. 4 Skizzen illustrieren die Methode.

DREYFUSS.

14) **Paul Carthaus. Ein Beitrag zu den Störungen des Geruchs- und Geschmacksapparates nach Unfällen.** Aus dem Seminar f. soziale Medizin Bonn. *Diss. Bonn 1920.*

Befundbericht über 2 Fälle. Im ersteren wurden aber sehr unzuverlässige Angaben seitens des Rentenbeanspruchenden gemacht, sicher waren Uebertreibungen nachweisbar. Beim zweiten war bei der Röntgenuntersuchung zwar keine Basisfraktur nachweisbar, wohl aber eine Abplattung des Gehirns in der Gegend des Praecuneus und Cuneus, die auf ein organisiertes Hämatom schliessen liessen.

DREYFUSS.

15) **Ernst Danielsen. Untersuchungen über den Bakteriengehalt des Nasensekrets bei akutem Schnupfen.** *Inaug.-Diss. Berlin 1919.*

Aus den Versuchen ergibt sich, dass ein einheitlicher Keim, der etwa als Erreger des akuten Schnupfens angesehen werden könnte, nicht gefunden wurde, insbesondere dass der Micrococcus catarrhalis Pfeiffer nicht dafür in Frage kommt; er wurde unter 25 Fällen nur zweimal gefunden und zwar das eine Mal mit Pseudodiphtheriebazillen, das andere Mal mit Staphylokokken vergesellschaftet. Die Ergebnisse stimmen im übrigen mit denen früherer Autoren zusammen, dass nämlich

im einzelnen Falle nur verhältnismässig wenig verschiedene Keime nebeneinander vorkommen und dass unter ihnen die Kokken etwas zahlreicher auftreten als die Stäbchen.

FINDER.

16) **Peter K. Olitzky** und **Frederick L. Gates. Experimentelle Studien über die Nasenrachensekrete von Influenzapatienten. I. Uebertragungsversuche mit Nasenrachenspülungen. (Experimental studies of the nasopharyngeal secretions from influenza patients. I. Transmission experiments with nasopharyngeal washings.)** *The Journ. of Experimental Medicine. Bd. XXXIII. No. 2. Februar 1921.*

Die Versuche wurden während der Influenzaepidemien des Jahres 1918—1919 und Winter 1920 im Rockfeller-Institut ausgeführt. Das Material stammte von 8 Patienten im ersten Krankheitsstadium und von 12 im späteren Stadien einschliesslich der Konvaleszenz und der postgrippalen Pneumonie. Kontrollversuche wurden ausgeführt mit Material von 16 gesunden Individuen während der Influenzaepidemie und während der interepidemischen Periode des Spätherbstes 1919. Als Versuchstiere dienten Meerschweinchen, denen das Material direkt in die Lungen gebracht wurde mittels des Intratrachealkatheters oder der Tracheotomie. Das Material bestand in unfiltrierter und in filtrierter Spülflüssigkeit aus dem Nasenrachenraum, filtrierter und infiltrierter Suspension von Lungengewebe vorher geimpfter Meerschweinchen.

Mittels Impfungen der Spülflüssigkeit aus dem Nasenrachenraum wurde eine aktive Substanz entdeckt bei 5 Patienten in frühen Stadien der Influenzaepidemie von 1918/1919 und bei 2 Patienten im Frühstadium der Epidemie von 1920. Sie wurde nicht entdeckt bei 12 Fällen derselben Krankheit, bei denen das Einsetzen deutlicher Erscheinungen mehr als 36 Stunden vor Ausführung der Nasenrachenspülung erfolgte, noch fand sie sich bei den 14 gesunden Personen während der Influenzaepidemie oder in der interepidemischen Periode.

Mit dieser Substanz wurde bei Meerschweinchen ein klinischer und pathologischer Zustand hervorgerufen, der hauptsächlich das Blut und die Lungen betraf und der in mindestens 15 Passagen bei den Versuchstieren aufrecht erhalten werden konnte.

In einigen Versuchen wurden sekundäre Infektionen durch gewöhnliche Bakterien angetroffen. Die Beziehung dieser Mikroorganismen zu jener aktiven Substanz sollen in einer späteren Mitteilung erörtert werden. Die wesentlichsten Wirkungen werden jedoch hervorgerufen durch jene Substanz, die mit diesen Bakterien absolut nichts zu tun hat.

Die Aehnlichkeit, die besteht zwischen den Wirkungen, die bei Meerschweinchen an Blut und Lungen hervorgerufen wurden, und jenen, die man bei epidemischer Influenza des Menschen antrifft, bilden eine Basis für weitere Untersuchungen über die erregende Ursache der epidemischen Influenza.

FINDER.

17) **Zieler** (Würzburg). **Erfolgreiche Behandlung eines Falles von chronischem Nasenrotz mittels Autovakzine.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 8. S. 209. 1920.*

Z. verweist im Anschluss an die Mitteilung Fischers (s. das Ref. in diesem Zentralblatt) auf einen früher von ihm beobachteten und behandelten Fall (Med.

Klin., 1909, Nr. 18), in dem es sich auch um chronischen Rotz der äusseren Haut und besonders der Schleimhäute des Gesichts handelte. Er ist der erste, bei dem die Heilung mit Autovakzine gelungen ist. Die Heilung war nach drei Monaten noch vorhanden. Ob dieselbe von Dauer war, konnte Z. nicht in Erfahrung bringen. Der Fall beweist, ebenso wie der Fischers, dass eine Heilung des sonst unheilbaren chronischen Schleimhautrotzes auf dem Wege der Immunisierung zu erreichen ist.

R. HOFFMANN.

18) **H. Lavrand** (Lille). **Behandlung der Ozäna mit Chlorzink.** *Rev. de Laryng. d'Otol. et de Rhin. 30. September 1919.*

Die empfohlene Methode besteht in kräftiger Bepinselung der Region des mittleren Nasengangs mit einer Lösung von 1 Teil Chlorzink in 30 Teilen Glyzerin.

FINDER.

19) **A. Kuttner. Erfolgreiche Behandlung eines bösartigen Hypophysentumors mittels Radium.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 269.*

Es ist R. gelungen einen Hypophysentumor, der weder operativ entfernt, noch durch Röntgenbestrahlung in seinem Wachstum gehemmt werden konnte, durch systematische 4 Jahre lang fortgesetzte Radiumbehandlung so zu beeinflussen, dass die allgemeinen und örtlichen Erscheinungen sich fortlaufend besserten.

BRADT.

20) **Thomas Chew Worthington. Fibrom der linken Nasenhöhle mit einem Fortsatz in den Nasenrachenraum. (Fibroma of the left nasal chamber with extension into the post nasal space. Report of a case.)** *The Laryngoscope. June 1917.*

16jähriger Knabe, dessen linke Nasenhöhle von einem sehr harten Fibrom erfüllt war, welches die Scheidewand nach links verdrängt hatte, so dass auch die rechte Nasenhöhle stark verengt war. Der Ursprung des Fibroms war der Körper des Keilbeins. In seinem Verhalten (fortwährendes Wachstum, starkes Bluten bei den mehrmaligen Operationen und grosse Härte) glich das Gewächs ganz den oft beschriebenen Nasenrachenfibromen, welche ja auch von der Unterfläche des Keilbeins ausgehen. Die Eingriffe machten den Patienten sehr anämisch und hatten keinen Dauererfolg. Deshalb wurden Röntgenstrahlen angewandt, nach deren Gebrauch der Tumor gänzlich verschwand. Der Verf. fand wie andere Chirurgen die Drahtschlinge nutzlos gegenüber der harten Geschwulst, von der die Schlinge abglitt.

O. T. FREER.

21) **Guglielmo Bilancioni. Melanosarkom der linken Nasenhöhle, entstanden einige Zeit nach Schussverletzung der Kiefergegend und des Auges auf derselben Seite. (Sarcoma malanotico della fossa nasale sinistra sorto alcun tempo dopo ferita da fucile che aveva interessato la regione malare e l'occhio dello stesso lato.)** *Arch. Ital. di Laringologia. No 1. 1921.*

Nachdem Verf. einen Ueberblick über die in der Literatur berichteten Fälle, über die Ansichten betreffend die histologische Klassifikation dieser Tumoren, über die Herkunft der Pigmente gegeben hat, beschreibt er seinen eine 53jährige Frau

brtreffenden Fall. Der Tumor nahm die ganze hintere Nasenhöhle ein, hatte den Nasenflügel in die Höhe gehoben und war aus dem Naseneingang herausgewachsen. Die Entfernung geschah mittels Rhinotomia externa; man konnte dabei feststellen, dass der Tumor vorwiegend in der Gegend der mittleren Muschel und der lateralen Nasenwand haftete. Es folgt eine genaue Wiedergabe des histologischen Befundes.

Verf. ist geneigt, in dem Auftreten des Melanosarkoms einige Monate nach der Verwundung mehr als einen Zufall zu erblicken; er denkt an einen Transport der Chromatophoren der Choroidea durch die Verwundung des Auges nach der Nasenschleimhaut.

CALAMIDA.

22) C. E. Purcell. **Anfangsinzision für die submuköse Resektion der Nasenscheidewand, ganz in die Haut verlegt. (An unestablished incision for the resection of the nasal septum or an all skin incision.)** *The Laryngoscope. August 1917.*

Der Verf. macht einen horizontalen Schnitt wie der vom Referenten für die Umgrenzung seines rechtwinkligen Lappens vorgeschlagene, welcher seine als Anheftung des Lappens gebrauchte Basis vorn oben entlang dem Nasenrücken hat und dessen Spitze hinten unten an der Grenze zwischen Scheidewand und Nasenboden zu liegen kommt, der sogenannte umgekehrte L-Schnitt (Arch. f. Laryng., Bd. 18, S. 152 u. Bd. 20, H. 3). Verf. Rat, den horizontalen Schnitt in der Linie der Vereinigung der Scheidewand mit dem Nasenboden, also ganz unten und möglichst in dem mit Haut bedeckten Teil zu machen, ist ganz richtig und im Einklang mit des Referenten Beschreibung der Operation im Journal of the American medical association in 1912.

O. T. FREER.

23) Charles J. Imperatori. **Bericht eines Falles septischer Arthritis nach submuköser Resektion der Nasenscheidewand. (Report of a case of septic arthritis following a submucous resection of the nasal septum.)** *The Laryngoscope. März 1917.*

In der Woche nach der Operation hatte der Pat. Temperaturen von 103 bis 105° F. Auseinanderspreizen der Lappen zeigte keine Eiterung. Das linke Knie eiterte stark und wurde eröffnet. Die Gelenkknorpel wurden stark kariös gefunden. Später musste das Gelenk reseziert werden und das Knie wurde steif. Blutkulturen waren negativ.

Gründe für die Veröffentlichung des Falls:

1. Kein anderer Krankheitsherd, von welchem die Infektion ausgehen konnte, als die eröffnete Scheidewand war zu finden.

2. Schmerz im Gelenk 5 Tage nach der Operation wies auf die Scheidewand als Infektionsausgang hin.

3. Die Schwere der Komplikation und die Frage, ob das Gelenk in so kurzer Zeit infolge der Operation erkranken konnte

O. T. FREER.

24) Bachmann (Prag). **Orbitalphlegmone im Anschluss an endonasale Operationen.** *Med. Klinik. No. 7. 1921.*

In 3 Fällen traten nach Siebbeinzellenoperationen die Erscheinungen einer Periostitis bzw. Phlegmone der Orbita auf, die Uebertragung der Infektion aus dem

erkrankten Sinus auf die Orbita ist wohl durch instrumentelle Verletzung der an einzelnen Stellen papierdünnen Orbitalwandung bedingt. In einem 4. Falle stellte sich eine Phlegmone der Orbita nach der Westschen endonasalen Operation einer Phlegmone des Tränensackes ein.

SEIFERT.

25) **S. H. Mygind. Akute Entzündungen in der Orbita, von den Nebenhöhlen der Nase ausgehend.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 189.*

M. hat 27 Fälle von akuten Entzündungen der Orbita, die von den Nasennebenhöhlen ausgingen, beobachtet. Die Nebenhöhlenentzündung war 17 Male vorwiegend oder ausschliesslich linksseitig. Den Ausgang der orbitalen Komplikation bildeten am häufigsten die Siebbeinzellen, die man in nicht weniger als 21 von 27 Fällen, d. h. in 77 pCt., erkrankt fand. Meistens handelte es sich um ganz akute Fälle. Der Uebertritt des Eiters in die Orbita erfolgte in der Mehrzahl der Fälle durch Knochenperforation. Sich selbst überlassen, kann der Abszess, der sich in der Orbita bildet, durch das Lid oder die Konjunktiva perforieren oder eine Orbitalfistel bilden. In den schwereren Fällen kann es zur Thrombophlebitis kommen mit Weiterleitung der Entzündung in den Sinus cavernosus und zu meningitischen Erscheinungen. Das wichtigste Symptom der Orbitalentzündung ist die akut entstandene Protusion des Bulbus. Es bestehen oft, aber nicht immer, Schmerzen im Bulbus selbst. Die Behandlung ist die operative in allen Fällen, wo es zur Eiterbildung in der Orbita gekommen ist, und in allen Fällen, wo endokranielle Komplikationen vorliegen, sowie dort, wo das Sehen bedroht ist. Wo man glaubt, abwarten zu können, besteht die konservative Behandlung in Umschlägen auf das Auge und Ausspülung, eventuell Absaugen des Eiters aus der Nase. Den Abfluss von den Nebenhöhlen kann man gewissermassen dadurch befördern, dass man mit Adrenalin in der Nase pinselt oder einen hierin getauchten Wattetampon einlegt.

BRADT.

26) **H. L. Lynah. Osteomyelitis der Nebenhöhlen als Komplikation von Scharlach. (Osteomyelitis of the sinuses of the nose complicating scarlet fever.)** *The Laryngoscope. März 1917.*

Ein Mädchen von 13 Jahren hatte Scharlach von 3wöchiger Dauer. Es bestand ein Exophthalmus des linken Auges, ein grosser die Nase verschliessender Abszess der Nasenscheidewand und eine schwere linke Stirnhöhlen-, Siebbein- und Kieferhöhleneiterung. Eröffnung der Stirn- und Kieferhöhle mit dem Siebbein hatte auf den Exophthalmus keinen Einfluss, die Eiterung dauerte von der frontalen und temporalen Gegend ausgehend fort, die Hornhaut wurde nekrotisch und schliesslich brach der Eiter durch sie heraus, worauf der Exophthalmus verschwand. Das Os malare wurde nekrotisch und musste entfernt werden, das Auge ging verloren. Infolge der Nekrose der Nasenscheidewand sank der Nasenrücken ein. Ursache der Eiterung war der Staphylococcus pyogenes aureus und Streptococcus pyogenes. Eine Fistel blieb in der temporalen Gegend bestehen, aber die Abstossung von Knochenstücken hatte aufgehört, trotzdem der Fall ein osteomyelitischer ist.

O. T. FREER.

27) **Klemens Conrads. Ueber Fibrome in der Highmorshöhle.** *Diss. Bonn 1920.*

16jähriger Pat. kommt mit einer nussgrossen Schwellung an der linken Backe in der Gegend der Nasenwurzel; es findet eine anscheinend unvollkommene Operation statt, da eine Wurzelzyste angenommen wird. Von der Fossa canina aus wird die faziale Kieferhöhlenwand abgetragen und die Wände der Kieferhöhle werden kurettiert. — $1^1/_4$ Jahr später stellt sich der Pat. wieder vor mit einer faustgrossen Schwellung der linken Gesichtshälfte; die linke Nasenhälfte ist verlegt, die Nase nach rechts verdrängt. Es wird wegen des Verdachts auf einen bösartigen Tumor der typische Schnitt zur Resektion des Oberkiefers vorgenommen (Durchtrennung der Oberlippe, Schnitt durch die Nasolabialfalte, um die Nase herum, dann am unteren Orbitalrand), aber doch vorsichtigerweise zunächst die Oberkieferhöhle aufgemeisselt. Es findet sich ein gelappter Tumor von gelblicher Farbe, der die Oberkieferhöhle ausfüllt und sich stumpf ohne nennenswerte Blutung ausschälen lässt. Glatte Heilung. Histologischer Befund: Zellreiches Fibrom.

DREYFUSS.

28) **J. Bourguet** (Paris. **Der endonasale Weg bei der Operation der Stirnhöhleneiterung.** *Rev. de Laryng., d'Otol. et de Rhinol. 15. Oktober 1919.*

Verf. verwirft die Killiansche Operationsmethode; ihre Resultate seien häufig schlechte, weil das Infundibulum allmählich durch Granulationen und Narben sich verenge und so ein geschlossenes Empyem entstünde. Bei Patienten, die einer Wiederoperation unterworfen werden mussten, hat er einen völligen Verschluss des Canalis naso-frontalis gefunden. Ein weiterer Nachteil sei die äussere Narbe. Verf. beschreibt dann die endonasale Operationsmethode.

FINDER.

c) Mundrachenhöhle.

29) **R. Schmidt** (Prag). **Myostatische Gleichgewichtsstörung der Zunge nach Encephalitis epidemica.** *Med. Klinik. No. 7. S. 210. 1921.*

Während die Zunge früher nahezu ständig mit einem sehr beträchtlichen Anteile über die Zahnreihe hinausragte, liegt sie derzeit in der Mundhöhle, nachdem eine Loslösung der Genioglossi von ihrem Ansatz am Kieferwinkel vorgenommen war.

SEIFERT.

30) **Emil v. Skramlik. Geschmacksreize und Zungenkreislauf.** Aus d. physiol. Institut Freiburg i. B. *Zeitschr. f. d. ges. exper. Med. Bd. 12. S. 50. 1921.*

Verf. sucht die Frage zu lösen, wie die Erregung des Sinnesepithels zustande kommt von dem Augenblick des Aufbringens einer schmeckenden Substanz auf die Zunge bis zu ihrem Vordringen zu den Geschmacksknospen. Er experimentierte an der Zunge des Curare-Froschs mit einer 20 proz. Traubenzuckerlösung, die nach ganz kurzer Latenzzeit eine wesentliche Verlangsamung des Blutumlaufs in den Kapillaren herbeiführt; mittelst 40 proz. Lösung erzielte er nach 30 Sekunden völligen Stillstand der Blutströmung in den Papillenschlingen. Abspülen der Zuckerlösung stellt den Kreislauf allmählich wieder her, allerdings in den Papillenschlingen nur sehr langsam.

Umgekehrt wird durch 1 Tropfen 0,25 proz. Chinin. hydrochlor.-Lösung eine Kreislaufbeschleunigung erzielt.

Bemerkenswert ist der Antagonismus zwischen Traubenzucker und Chinin. Bringt man zu der Traubenzuckerlösung, durch die der Stillstand des Kreislaufs erzielt wurde, auch nur einen Tropfen der Chininlösung, dann kommt der Blutkreislauf sofort wieder in Gang.

Das Experiment lässt sich allerdings an einem und demselben Präparat nur wenige Male wiederholen, da die Wirkung des Traubenzuckers dann versagt.

Kochsalzlösungen bis 4 pCt. steigern kurzdauernd den Kreislauf, stärkere (über 10 pCt.) führen irreparablen Stillstand herbei, der sich weder durch Wegspülen noch durch Chinintropfen beseitigen lässt. Verdünnte Weinsäurelösungen (0,5 pCt.) beschlennigen die kapillare Strömung.

DREYFUSS.

31) **Walter Poelzig. Ueber Neuritis des Nervus hypoglossus nebst Bemerkungen über sensible, sensorische und sekretorische Störungen hierbei.** Aus der med. Poliklinik zu Rostock. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 67. S. 97. 1920.*

Die isolierten einseitigen Hypoglossuslähmungen mit Hemiatrophie der Zunge unbekannter Aetiologie gehören zu den grossen Seltenheiten. P. beschreibt einen solchen Fall bei einer 33jährigen Frau, die plötzlich mit linksseitigen Stirn- und Hinterkopfschmerzen ohne Temperaturerhöhung erkrankte. Sie bemerkte, dass sie kein Gefühl auf der linken Zungenseite hatte, und biss sich mehrmals beim Essen auf die Zunge; diese war schwer zu bewegen; es bestand linksseitige vermehrte Speichelabsonderung. Zunge welk, gerunzelt (alles nur links), weicht nach links ab. Geschmack beiderseits erhalten, aber links die Geschmacksempfindung verzögert. Faradische Reizbarkeit der linken Zungenhälfte aufgehoben. Galvanisch links träge Zuckung mit Anodenprävalenz. Die Atrophie und galvanisch schwere Erregbarkeit bleibt dauernd bestehen. P. konnte keinerlei sonstige Veränderungen im Zentralnervensystem oder an andern Gehirnnerven finden und nimmt deshalb eine „rheumatische" Ursache analog den Fazialislähmungen an.

DREYFUSS.

32) **Zlocisti** (Berlin). **Ueber die Formen der Parotitis nach Fleckfieber.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 106. S. 126.*

Verf. sah unter 1200 Fleckfieberkranken 11 mal eine Infektion der Ohrspeicheldrüse und teilt deren Krankengeschichten mit. Er machte die Erfahrung, dass die Parotitis meist nach der Entfieberung auftritt und nicht als ein Zeichen eines besonders schweren Falles zu deuten ist. In 9 Fällen war die Erkrankung einseitig. Verf. neigt dazu, die Parotitis als eine Infektion vom Mund her nach funktioneller Störung der Drüse zu erklären.

KOTZ.

33) **Hannes Weber. Bemerkungen zu dem Aufsatz von W. Bennigson: „Ueber die Behandlung der Angina Plaut-Vincenti mit Salizylsäure."** *Dermatologische Wochenschr. 72. Bd. No. 5. 5. Februar 1921.*

Es besteht der Eindruck, dass die Plaut-Vincentsche Angina in den letzten $1^1/_2$ Jahren häufiger aber leichter aufträte als früher; die einfachste Therapie

(Mundpflege, Gurgeln, Halspriessnitz) beeinflusse günstig, so dass diese Behandlung meist ausreiche. In schwereren Fällen, die hierauf nicht genügend reagieren, mit 10proz. Salizylsäure lokal oder mit Salvarsan zu behandeln.

W. SOBERNHEIM.

34) **Wilfred Trotter. Eine Methode der lateralen Pharyngotomie zur Freilegung grosser Geschwülste in der epilaryngealen Region. (A method of lateral pharyngotomy for the exposure of large growths in the epilaryngeal region.)** *The Journ. of Laryng., Rhin. and Otology. Oktober 1920.*

Die Erfahrung hat den Verf. überzeugt, dass die beste Methode zur Eröffnung des Pharynx zwecks Freilegung und Entfernung maligner Geschwülste der Weg durch die laterale Wand sei. Er unterscheidet obere und untere seitliche Pharyngotomie. Erstere — die Zugang verschafft zu Tumoren der Tonsille, der vorderen Gaumenbögen und des pharyngealen Teiles der Zunge — besteht im wesentlichen darin, dass der Unterkiefer unmittelbar vor dem Masseter durchtrennt und dann der Constrictor superior vor der Tonsille inzidiert wird; die untere seitliche Pharyngotomie dient zur Freilegung der ary-epiglottischen Falten, der Aryknorpel, des Sinus piriformis, der Postkrikoidgegend und, mittels einfacher Ausdehnung nach unten, des zervikalen Oesophagus und besteht in Entfernung des grossen Zungenbeinhorns, des Schildknorpelflügels, nachdem der Constrictor medius und inferior von ihnen zurückgetrennt sind, so dass die Pharynxaponeurose freiliegt.

Nun gibt es aber eine intermediäre Region, zu der weder die eine noch die andere Operation Zugang schafft; das ist die Gegend der Epiglottis. Sehr grosse Tumoren der ganzen oberen Kehlkopföffnung — epilaryngeale Geschwülste nennt sie der Verf. — wie sie an anderen Stellen des Pharynx als inoperabel gelten würden, sind relativ so gutartig, dass ein Versuch zu ihrer Entfernung gerechtfertigt ist. Einen freien Zugang zu dieser Region hat Verf. in einer Anzahl von Fälle bekommen, indem er die obere und untere seitliche Pharyngotomie mit einander kombinierte.

Beschreibung dieser Operation an Hand von 5 Figuren: Präliminare Tracheotomie; Inzision längs des Sternokleido nahe seinem vorderen Rande vom Ohrläppchen bis zum Ringknorpel und eine Vertikalinzision durch die Mitte der Unterlippe über das Kinn und dann am unteren Raud des Unterkiefers entlang, bis sie die erste Inzision trifft. Die Inzisionen am Halse sollen gemacht und die Durchtrennung bis zur Pharynxwand ausgeführt werden, bevor die Unterlippe gespalten wird. Nach Zurückziehung des Sternokleido werden durchtrennt: der hintere Bauch des Digastrikus, der M. stylo-hyoideus, die Vena facialis communis, die vorderen Aeste der Carotis externa an ihrem Ursprung (Aa. thyreoidea sup., lingualis, facialis), der N. laryngeus superior, der N. hypoglossus und N. facialis. Durch jedes Ende des durchtrennten N. hypoglossus soll ein Faden gelegt werden, um seine Naht in einem späteren Stadium der Operation zu erleichtern. Nach Durchtrennung all dieser Gebilde kann der Larynx und Pharynx leicht nach vorn und die Karotiden leicht nach hinten displaziert werden. Verf. faltet nun den Sternokleido nach innen über die grossen Gefässe und näht ihn an die prävertebralen Muskeln. Auf diese Weise ist die Karotisregion von dem Operationsfeld abgeschlossen und damit ein Schutz gegen Infektion und sekundäre Blutung gegeben.

Die infrahyoiden Muskeln, ferner der Constrictor medius und inferior werden von dem Zungenbein und Schildknorpel abgetrennt, dann das grosse Zungenbeinhorn in seiner Verbindung mit dem Zungenbeinkörper getrennt und entfernt, ebenso wird nach Eröffnung des Krikothyreoidgelenks der Schildknorpelflügel nahe der Mitte durchtrennt und entfernt. Die Pharynxwand liegt jetzt frei, ist aber noch intakt. Es wird nun die Inzision durch die Mitte der Unterlippe gemacht und der so gebildete Lappen bis zum Masseter vom Knochen abgelöst, der Unterkiefer wird dicht vor dem Masseter durchsägt, die beiden Fragmente wurden durch einen selbsttätigen Retraktor auseinandergehalten, der N. lingualis, der M. styloglossus und der linguale Teil des Constrictor superior werden durchtrennt. Die jetzt völlig freiliegende Rachenwand wird ihrer ganzen Länge nach inzidiert.

Verf. meint, diese recht drastische Methode zur Freilegung des Tumors rechtfertige sich, da manche Tumoren der epilaryngealen Region, die erst den Eindruck der Inoperabilität machen, sich nach der Freilegung doch noch als operabel erweisen.

FINDER.

d) Diphtherie und Croup.

35) **Johannes Schürer. Ueber Diphtheriedisposition und -immunität.** *Zeitschr. f. d. gesamte exp. Med. Bd. 10. 1920.*

Vom 3.—5. Lebensjahr ist die Erkrankung am häufigsten. Die Immunitätskurve steigt vom 1.—20. Lebensjahre; dem entsprechend ist die Mortalität 26,7 pCt. im ersten und 1,2 pCt. im 21. Lebensjahr. Die mit dem Alter steigende Immunität ist im grossen und ganzen unabhängig von überstandenen Diphtherieinfektionen; nach akuter Diphtherie ist der Antitoxingehalt des Serums relativ niedrig.

Neben dem Antitoxingehalt des Blutes spielt für das Zustandekommen der Infektion auch die Reaktionsfähigkeit der Gewebe gegenüber dem Toxin eine grosse Rolle.

M. SOBERNHEIM.

36) **Curt Harmening. Zur Kenntnis der Entstehung und Lokalisation diphtherischer Erkrankungen beim Neugeborenen und Säugling.** Aus d. Univ.-Kinderklinik Greifswald. *Diss. Greifswald 1919.*

Verschiedene in Säuglingsheimen und geburtshilflichen Kliniken Deutschlands in den letzten Jahren aufgetretene Diphtherieendemien haben das Interesse der beteiligten Kreise wachgerufen. Die vorliegende Arbeit berichtet, dass von 157 in das Säuglingsheim aufgenommenen Kindern im Alter von 2 Tagen bis zu mehreren Monaten nicht weniger als 56 einen positiven Bazillenbefund aufwiesen (36 pCt.); jedes Neuaufgenommene wurde prinzipiell daraufhin untersucht. Die Säuglinge stammten aus der Frauenklinik, aus Stadt und Umgebung Greifswalds. An Krankheitserscheinungen konnten bei den diphtheriepositiven Kindern (14) bei 8 deutlich gesteigerte Sekretion der Nase, bei 4 blutig-eitriger Ausfluss aus derselben, bei 2 eitrige Otitis festgestellt werden; der Ohreiter wurde jedoch nicht bakteriologisch geprüft. Keines der Kinder war ernstlich krank. Zum Schluss 1 Fall von Penis- und Nabeldiphtherie.

DREYFUSS.

37) **Rudolf Osswald. Persistenz der Diphtheriebazillen bei Kindern nach Abheilung einer Rachendiphtherie.** Unters. an der Univ.-Kinderklinik Leipzig. *Diss. Leipzig 1920.*

O. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Ergebnis der Allgemeinstatistiken wird durch die Einbeziehung der Fälle mit Unterernährung, Uebererernährung und grossen zerklüfteten Tonsillen sichtlich beeinflusst.

2. Bei Beurteilung der voraussichtlichen Persistenzdauer des einzelnen Falles sind diese Momente zu berücksichtigen.

Gut genährte Kinder ohne hypertrophische Tonsillen können nach 6 Wochen praktisch als bazillenfrei betrachtet werden.

Schlecht genährte Kinder, sowie solche mit grossen und zerklüfteten Tonsillen verlieren ihre Bazillen meist nicht vor Ablauf der 9.—10. Woche.

3. Von in der Rekonvaleszenz auftretenden Krankheiten beeinflussen nur Angina catarrhalis und Angina lacunaris die weitere Persistenz. DREYFUSS.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

38) **A. Brown Kelly. Chorditis fibrinosa.** *Journ. of Laryng. and Otology. Januar 1921.*

Verf. hat während seines 4 Jahre 8 Monaten dauernden Kriegsdienstes 113 Fälle von Laryngitis behandelt, von denen 40 Laryngitis fibrinosa betrafen. Der erste Fall wurde November 1915, der letzte Februar 1919 gesehen. Die Krankheit setzte ein in der kalten Jahreszeit zwischen 1. Oktober und 31. März mit Ausnahme von je zwei Fällen im Mai, Juni, September; von diesen 6 Fällen waren jedoch 5 mit Gasvergiftung.

Die Beschreibung, die Verf. von der Chorditis fibrinosa gibt, deckt sich im wesentlichen mit der Seifertschen; nur weicht sie insofern ab, als Verf. in einer Anzahl von Fällen an der Stelle der Fibrinauflagerungen kleine Ulzerationen oder Erosionen beobachtet hat, ferner hat er im Gegensatz zu Seifert Fälle von einseitiger Chorditis fibrinosa gesehen. In ätiologischer Hinsicht ist Verf. nicht geneigt der Influenza eine wichtige Rolle einzuräumen; in nur 3 von seinen 40 Fällen soll Influenza der Laryngitis vorausgegangen sein. Er bezeichnet als Noxen, durch welche akute Entzündung der Stimmlippen hervorgerufen wird, hauptsächlich Erkältung, Gas, Tabak. Exzeptionelle Faktoren, besonders Schreien, und heftige Anstrengung mit schneller Atmung üben einen schädigenden Einfluss besonders auf den schwingenden Teil der Stimmlippen und es folgt eine oberflächliche Nekrose des Epithels; die so zerstörte Region bedeckt sich dann zum Zeichen der Restitution mit einem fibrinösen Exsudat. Die Nekrose sowohl wie die Auflagerung entsprechen an Ausdehnung der Schwere des Falles. FINDER.

39) **Max Zarfl. Perichondritis laryngea im Säuglingsalter.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 33/34. 1921.*

Fall I. 11 Monate altes Kind mit linksseitiger Perichondritis thyreoidea im Anschluss an Masern. Entzündliche Schwellung an der Vorderseite des Halses,

dicht über dem Kehlkopf; Laryngitis subglottica. Es bildete sich schliesslich Fluktuation; Inzision ergab reichlich Eiter. Danach Rückgang aller Erscheinungen.

Verf. nimmt an, dass die Masernlaryngitis zu Geschwüren in der Kehlkopfschleimhaut geführt habe und dass von einem solchen aus dann die Infektion des Perichondriums mit Eiter erfolgt sei.

Fall II. 4 Wochen alter Knabe. Ebenfalls Perichondritis thyreoidea, die zu Schwellung mit Fluktation in der Mittellinie des Halses und zu hochgradiger Atemnot führt. Inzision. Heilung. In diesem Fall fasst Verf. die Perichondritis als metastatischen Ursprungs auf, herrührend von einer eitrigen Nabelgefässentzündung.

Fall III. 4 Monate altes Kind. Perichondritis thyreoidea dextra. Fluktuierende Schwellung aussen; hochgradige Zyanose. Inzision. Heilung. Auch hier war die Perichondritis sicher metastatischen Ursprungs. Das Kind hatte nämlich kurz vorher Erysipel durchgemacht, das zu metastatischen Abszessen auch im rechten Schultergelenk und in der linken Bursa olecrani geführt hatte.

Verf. erörtert u. A. auch die Differentialdiagnose, wobei besonders in Betracht kommt: eitrige Entzündung einer Glandula praelaryngealis, eitrige Entzündung der Bursa hyo-thyreoidea, eitrige Entzündung versprengten Schilddrüsengewebes oder einer Zyste des Ductus thyreoglossus. In keinem dieser Fälle hält sich die Schwellung so innig und streng an die Umrisse der Schildknorpelplatten, wie bei der Perichondritis thyreoidea.

HANSZEL.

40) **Samuel Iglauer. Eine Befürwortung der Galvanokaustik in der Behandlung der Kehlkopftuberkulose. (A plea for the electrocautery in laryngeal tuberculosis.)** *The Laryngoscope. Oktober 1916.*

Nach Erwähnung der bahnbrechenden Arbeiten von Ludwig Grünwald, Ruedi, Siebenmann, Krieg und Mermod, welche sich 1903—1904 günstig für die Galvanokaustik in der Behandlung der Kehlkopftuberkulose aussprachen, werden die späteren Aufsätze von Freudenthal, Benni u. a. berücksichtigt. Verf. führt die Galvanokaustik in der Killianschen Schwebelage aus, welche viel genauere und gründliche Arbeit ermöglicht wie das Brennen mit Hilfe des Kehlkopfspiegels. Er fand, dass die Galvanokaustik das beste Mittel für die Behandlung der Kehlkopftuberkulose sei.

O. T. FREER.

41) **Portmann** (Bordeaux). **Technik und Indikationen der Kehlkopfbiopsien. (Technique et indications des biopsies laryngées.)** *Paris Méd. 4 Sept. 1920.*

Verf. bespricht Indikationen und Technik der Probeentnahme. Man soll sie in jedem Falle machen, wo man entschlossen ist, den Tumor radikal zu entfernen, falls er sich als maligne erweist; ist der Tumor derart, dass er nicht mehr vollständig zu entfernen wäre, falls er sich als maligne erweist, so soll man der Probeentnahme eine Röntgenbestrahlung vorausgehen lassen, um den Kranken nicht der Gefahr eines schnellen Wachstums der Geschwulst auszusetzen.

FINDER.

42) **Irwin Moore. Angiome des Kehlkopfes. (Angeiomata of the larynx.)** *Journ. of Laryng. and Otology. Januar/Februar 1921.*

Eine ausführliche Studie, in der Verf. alle in der Literatur beschriebenen

Fälle Revue passieren lässt. Er hat bis Juli 1920 73 Fälle zusammenstellen können. Er teilt die Fälle ein in: 1. Haemangioma simplex (oder lokale Teleangiektasie), 2. Haemangioma cavernosum, 3. Haemangioma diffusum (oder diffuse Teleangiektasie), 4. Lymphangiom, 5. gemischte oder atypische Fälle (z. B. Angiofibrome). Er gibt von jeder Art eine klinische und histologische Beschreibung. Ferner werden die Lymphangiome des Kehlkopfes behandelt, von denen in der Literatur nur 9 Fälle beschrieben sind.

Was die Blutungen anbetrifft, so wird deren spontanes Auftreten in 12 Fällen berichtet. Unter den 39 Fällen von den überhaupt berichteten 73, in welchen operiert wurde, trat schwere Blutung auf in 25. Während ein Todesfall infolge spontaner Blutung nie auftrat, wird solcher in 3 operierten Fällen berichtet und zwar ein Fall (Ferreri) nach Entfernung eines Stückes zur mikroskopischen Untersuchung, ein Fall (Shurley) bei einer Tracheotomie, wobei in die Geschwulst eingeschnitten wurde, und ein Fall (Navratil), wo die Ursache nicht bekannt ist.

Bei der Behandlung haben einige Autoren mit Radium befriedigende Resultate gehabt. Macht der Tumor keine Störungen, so ist es am besten, ihn unberührt zu lassen. Die endolaryngeale Entfernung mittelst Zange, Schlinge oder Galvanokauter bringt immer die Gefahr einer schwer zu beherrschenden Blutung mit sich. Für Angiome, besonders solche, die in der ary-epiglottischen Region sitzen, ist die Schwebelaryngoskopie sehr geeignet, jedoch sollte stets vorher die Laryngotomie oder Tracheotomie gemacht werden, um im Fall einer Blutung eine eilige Operation zu vermeiden. Obwohl die Resultate der endolaryngealen Behandlung in vielen Fällen befriedigend sind, ist, wenn ein operatives Eingreifen angezeigt ist, es in der Regel sicherer, die Thyreofissur zu machen. FINDER.

43) **R. Wittmaack. Zur Behandlung der Papillomatose und Pachydermie des Larynx.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 264.*

Verf. hat je einen Fall von Papillomatose und Pachydermie des Larynx mit rauchender Salpetersäure geätzt und zwar mit vollkommenem Erfolg. Wichtig erscheint die Befolgung der Technik. In einem entsprechend gebogenen Röhrchen wird nur ein Tropfen des Medikaments festgehalten und wie mit einer Pipette an die zu ätzende Stelle gebracht. Besonders geeignet erscheint diese Methode als Nachbehandlung nach der operativen, doch soll Salpetersäure nicht auf die frische Wunde gebracht werden, sondern erst nach Epithelisierung auf die Tumorreste.

BRADT.

44) **Irwin Moore. Endolaryngeale Blutung während oder nach der Thyreofissur bei der Entfernung der Stimmlippe wegen Kehlkopfkarzinom und ihre Stillung. (Endo-laryngeal haemorrhage during or after thyro-fissure in the removal of the vocal cord for intrinsic cancer of the larynx, the chief vessel concerned, and its control.)** *The Journ. of Laryng., Rhin. and Otology. November 1920.*

Blutung bei der Laryngofissur kann erfolgen während der Entfernung der Geschwulst, unmittelbar danach oder einige Stunden später.

Die Blutung während der Laryngofissur kann meist durch Tamponade mit Adrenalingaze zum Stehen gebracht werden; erheblichere Blutung tritt bisweilen auf, wenn der Muskelansatz am Aryknorpel abgetrennt wird, und es findet sich bisweilen ein kleines spritzendes Gefäss zwischen Aryknorpel und seitlicher Wand des Schildknorpels. Es muss bisweilen gefasst und unterbunden werden. Die von amerikanischer Seite bei Blutungen im Kehlkopf empfohlene Galvanokaustik ist zu verdammen sowohl wegen der Gefahr einer Blutung nach Schorfbildung wie wegen der Möglichkeit einer ausgedehnten entzündlichen Reaktion mit nachfolgender Narbenbildung.

Um eine sekundäre Blutung zu verhüten, soll man die Kehlkopfwunde nicht schliessen, bevor nicht jede Blutung aufgehört hat. Tritt eine sekundäre Blutung ein und eine Morphiuminjektion genügt nicht, sie zum Aufhören zu bringen, so muss der Kehlkopf wieder geöffnet werden und mit Vaselingaze, die mit Wismuth imprägniert ist, tamponiert werden; in den unteren Winkel des Larynx wird ein dünnes Drain eingelegt. Die Gefahr der Sekundärblutung ist geringer, wenn man eine Tracheotomiekanüle einige Stunden lang liegen lässt.

In der Frage, ob man nach Vollendung der Operation die Tracheotomiekanüle entfernen soll oder nicht, nimmt Verf. die Stellung ein, dass sie in der Mehrzahl der Fälle ohne Risiko zu entfernen ist; bei Patienten mit hohem Blutdruck oder bei erheblicher Blutung während der Operation ist es sicherer, die Kanüle liegen zu lassen. Da es vorkommt, dass eine Kanüle, die bei der Operationslage passt, sich als zu kurz erweist, und infolgedessen herausschlüpfen kann, wenn der Pat. zurück ins Bett kommt, so empfiehlt Verf., für die Operation eine kurze Kanüle zu wählen und sie mit einer längeren zu vertauschen, bevor Pat. den Operationstisch verlässt. Um jederzeit die Trachealöffnung wiederfinden zu können, wenn die Kanüle schnell wieder eingesetzt werden muss, was besonders bei tiefer Tracheotomie oft sehr schwierig ist, empfiehlt Verf. nach dem Vorschlag von Fletcher Ingals, beiderseits durch den Schnittrand der Trachea bei der präliminaren Tracheotomie eine starke Ligatur zu legen, deren Enden auf jeder Seite geknotet werden; die Trachea kann offengehalten werden, wenn man an den Fäden zieht. Nach Verschluss der Thyreotomiewunde und Entfernung der Kanüle kann man diese Ligaturen 24 Stunden liegen lassen. Sollte irgendwelche Schwierigkeit der Atmung entstehen infolge Blutung in den Larynx oder Oedem, so braucht die Schwester nur an den Fäden zu ziehen, um die Tracheotomiewunde zu öffnen und die unmittelbare Gefahr zu beseitigen.

Verf. schliesst die Thyreotomiewunde mit Metallklammern anstatt mit Seidennähten, um die Wunde bei Eintritt einer Blutung sofort öffnen zu können.

Verf. hat 17 in der Literatur berichtete Fälle von ernster Blutung nach Thyreotomie zusammenstellen können.

Aus anatomischen Untersuchungen über die Hauptquelle der Blutungen geht hervor, dass in den Fällen, in denen es sich als notwendig erweist, eine erhebliche Menge von Muskelgewebe in der Nähe des Aryknorpels oder einschliesslich desselben zu durchschneiden, die A. laryngea superior durchschnitten oder verletzt werden kann. Da dieses Gefäss von oben in den Larynx eintritt und senkrecht nach abwärts verläuft und in diesem Verlaufe dicht am Perichondrium ver-

läuft, so ist die Trennung des Perichondriums von der Schildknorpelplatte indiziert, so dass man das Gefäss leichter fassen und unterbinden kann.

FINDER.

45) D. D. Davis. **Die Frühdiagnose des Karzinoms des oralen und laryngealen Rachens. (The early diagnosis of carcinoma of the oral and laryngeal pharynx.)** *The Journ. of Laryng., Rhin. and Otology. November 1920.*

Verf. unterscheidet drei Typen: Karzinom in der Region der Zungenbasis und Epiglottis; Karzinom des Sinus piriformis; Postkrikoidkarzinom. Von dem ersten Typus hat Verf. 14 Fälle gesehen, die alle — mit einer Ausnahme — Männer betrafen. Trotz des leicht zugänglichen Sitzes wurde die Diagnose in allen Fällen erst gestellt, als sie inoperabel waren; drei waren wegen Neuralgie behandelt worden. Die Fälle begannen bisweilen als umschriebene Ulzeration, besonders an drei bestimmten Stellen: 1. der Verbindung von vorderem Gaumenbogen und Zunge; 2. unmittelbar unterhalb der Tonsille an der Verbindung von seitlicher Rachenwand und Zunge; 3. in der Vallekula entweder auf der Zungenbasis oder der Vorderfläche der Epiglottis. Die Geschwulst exkaviert den Zungengrund, und die tiefen Zervikal- und Submaxillardrüsen werden bald ergriffen. Die Frühsymptome bestehen in anhaltenden heftigen Schmerzen, die vom Pat. auf den Zungengrund lokalisiert werden, blutig gefärbtem Auswurf und leichter Schwellung der tiefen zervikalen Drüsen oder der Drüsen im Kieferwinkel. Gelegentlich ist ein chronischer krampfartiger Husten das erste Symptom. Später werden die Bewegungen der Zunge beschränkt, noch später treten mehr oder minder starke Blutungen auf.

Von dem zweiten Typ — dem Karzinom des Sinus piriformis — hat Verf. 31 Fälle gesehen, die alle Männer betrafen. Die Erkrankung begann in der Mehrzahl der Fälle als ein Ulkus an der ary-epiglottischen Falte oder in anderen auf dem Boden des Sinus und bisweilen noch tiefer auf der einen Seite der Hinterfläche des Ringknorpels und kroch nach oben zu dem Sinus piriformis, wobei die betreffende Larynxhälfte ergriffen wird, das Stimmband fixiert ist und die Taschenlippe ein charakteristisches Oedem zeigt. Die ersten Symptome sind Halsschmerzen mit reichlichem, schaumigem, blutig gefärbtem Auswurf. Die tiefen Zervikaldrüsen sind bald geschwollen und die angrenzenden Halsgewebe infiltriert. Komplette Dysphagie ist ungewöhnlich, da die Geschwulst das Lumen des unteren Pharynx nicht zu verschliessen pflegt, ausser in vorgeschrittenen Fällen. Gewöhnlich sind die Fälle inoperabel, wenn man sie zu Gesicht bekommt; in Frage kommt nur Laryngektomie mit Entfernung eines grossen Teils des Pharynx.

Postkrikoidkarzinome hat Verf. in 24 Fällen gesehen; 22 betrafen Frauen und 2 Männer. Die Geschwulst beginnt gewöhnlich an dem unteren Teile der Hinterfläche des Ringknorpels unterhalb der bei der gewöhnlichen Laryngoskopie sichtbaren Region. Sie neigt dazu, das Lumen des Pharynx zu umgeben, verbreitet sich nach aufwärts, wo dann ihr oberer Rand hinter den ödematösen Aryknorpel sichtbar wird. Die Patienten klagen zuerst über Schmerzen, die nach dem Ohr ausstrahlen. Druck auf den Kehlkopf nach hinten gegen die Wirbelsäule oder seitliche Bewegungen des Kehlkopfs verursachen in allen Fällen Schmerzen. Dysphagie ist früh vorhanden, und wo diese Symptome ohne genügende Erklärung

vorhanden sind, sollte in Schwebelaryngoskopie oder mittels Oesophagoskopie untersucht werden. Die gewöhnliche laryngoskopische Untersuchung versagt, und wenn der obere Rand der Geschwulst sichtbar ist, so ist die Krankheit schon weit vorgeschritten (die Hypopharyngoskopie scheint Verf. nicht zu kennen! Ref.). Die Durchführung eines Bougies ist wertlos und sogar schädlich. In der Mehrzahl der Fälle waren sehr kariöse Zähne vorhanden, und Verf. hält es für zweifellos, dass der Zustand durch die Sepsis der Zähne verschlechtert wird. Sie sollten daher extrahiert werden.

Von den 24 Fällen der letzten Kategorie konnten nur 5 operiert werden, von denen 2 an Mediastinitis in 4 Tagen starben, 1 starb nach 21 Monaten infolge Mediastinitis nach einer Rezidivoperation, bei dem vierten trat innerhalb eines Jahres ein Rezidiv auf, und der fünfte starb nach einem Jahre an einem Rezidiv in den Zervikaldrüsen. Der Erfolg der Exzision hängt von der Tiefe der Geschwulst ab. Die in das submuköse Gewebe eingedrungenen Geschwülste, bei denen Rekurrenslähmung vorhanden ist, sind inoperabel, ebenso die Fälle mit Infiltration der tiefen Zervikaldrüsen. Charakter und Ausdehnung der Geschwulst müssen durch Schwebelaryngoskopie oder Oesophagoskopie festgestellt werden; umgibt sie das Lumen des Pharynx, so kann die untere Grenze nicht bestimmt werden, und solche Fälle sind inoperabel. Oft findet man nach Blosslegung die Geschwulst ausgedehnter, als es bei der Untersuchung der Fall zu sein schien. Oesophagotomie ist unbefriedigend in diesen Fällen. FINDER.

[illegible] **Riccardo Botey. Erfahrungen über die Gluck'sche Methode der Laryngektomie.** *Rivista espanola da Medicina y Cirurgia. Anno III. Februar.*

Verf. hält es nicht für zweckmässig, die infrahyoidalen Muskeln immer zu opfern, da ihre Entfernung partielle Gangrän der Gewebe und Fistelbildung herbeiführen könne. Er legt den oberen Schnitt etwa 1 cm oberhalb des Zungenbeins an, so dass die Wunde gerade in der Höhe des Pharynx ist; dadurch werden die hier so häufigen Fisteln vermieden. Der untere Schnitt geht von dem Hinterrand des Sternokleido aus; man kann so die Gazetampons in Entfernung von der Trachea einlegen und so die Sekrete gut ableiten. Nach Vereinigung der beiden Schnitte macht der Verf. die Tracheotomia intercrico-thyreoidea und führt seine Kanüle ohne Schild ein. In die Lappen fasst er ausser der Haut auch die M. sterno- und omo-hyoidei ein, die sich nicht von den Sterno-thyreoidei abtrennen lassen. Die Hautmuskelschicht schützt die Haut im Zentrum des oberen Schnittes und im unteren Teil der mittleren Inzision vor dem Brandigwerden, das immer zur Kehlkopffistel führt. Nach Eröffnung des Pharynx, Einlegung der Nasenösophagussonde und Amputation der Epiglottis durchtrennt man den Kehlkopf in der Längsrichtung, bevor man ihn von dem Pharynx trennt. Ausser der gewöhnlichen Naht der Rachenschleimhaut und des M. constrictor vereinigt Verf. das obere Ende der M. sterno- und omohyoidei mit einander in der Mittellinie; dann entfernt er den Larynx und — wenn die Tracheotomie gemacht war oder es sich um einen subglottischen Krebs handelt — opfert die beiden ersten Trachealringe und einen Teil des Schilddrüsenisthmus. Er stülpt die Haut in die Trachea ein anstatt den Hautrand mit der Schleimhaut zu vereinigen; schliesslich vernäht er die unteren Enden

der M. sterno- und omo-hyoidei mit dem Zentrum der oberen Lippe der unteren Inzision. Die Vorderwand des Hypopharynx ist so vollständig von dem Konstriktor, den beiden oben erwähnten Muskeln und der Haut gebildet. FINDER.

47) **Jacod. Operationstechnik der Laryngektomie. (Technique opératoire de la laryngectomie.)** *Société nationale de Médecine. 2. Februar 1921.*

Verf. operiert in Lokalanästhesie und macht 14 Tage vorher die Tracheotomie. Zur Fixation des Trachealstumpfes an der Haut verfährt er folgendermassen: Er macht nicht die vertikale, sondern die horizontale Tracheotomie und zwar so, dass er einen möglichst kleinen vertikalen Hautschnitt macht und den Trachealschnitt horizontal anlegt. Die Ränder der Hautwunde werden dann in die beiden äusseren Winkel der Trachealwunde gezogen und jederseits durch eine einzige Naht mit der intratracheo-ösophagealen Muskel-Schleimhautwand vernäht. Der vertikale Hautschnitt wird auf diese Art horizontal und passt sich, ohne dass man ihn zu nähen braucht, wenn er nicht zu lang ist, den horizontalen Rändern der Trachealinzision an. Es wird so eine fast völlige Einfügung der Trachea in die Haut erzielt, ohne dass die Trachealwand abgelöst werden muss. Mit der Vernarbung wird die Verbindung noch resistenter und später wird bei der Laryngektomie es nicht nötig, die Gewebe um den Trachealstumpf zu zerreissen. Um den Patienten die Unannehmlichkeiten der Dauersonde zu ersparen, schlägt Verf. die temporäre Gastrotomie vor, die 2—3 Tage vor der Tracheotomie zu machen ist: man schliesst die Fistel 14 Tage nach Exstirpation des Larynx. Zwischen der Tracheotomie und der Totalexstirpation macht Verf. zwei perilaryngeale Radiumapplikationen, um die aus dem Tumor kommenden Lymphwege von jedem Krebskeim zu sterilisieren.

Diskussion: Durand: Die einzeitige Larynxexstirpation ist eine fürchterliche Operation. Ohne von der frühzeitigen Bronchopneumonie zu sprechen, kann man sekundäre Infektionen der Lungen sehen, wenn die Wunde eitert, was das Herabsinken des Trachealstumpfes zur Folge hat. (D. scheint nicht zu wissen, dass Gluck und Soerensen hunderte von Fällen einzeitig operiert haben, ohne dass es zu solchen Komplikationen kam. Ref.) FINDER.

48) **C. J. Imperatori. Chronische Stenose des Kehlkopfes, Tracheotomie. Entfernung der Kanüle nach 18 Jahren. (Chronic stenosis of the larynx, tracheotomy, decannulation after a period of 18 years.)** *The Laryngoscope. März 1917.*

Eine Frau von 20 Jahren trug eine Tracheotomiekanüle seit ihrem zweiten Lebensjahre. Als sie 13 Monate alt war, wurden multiple Papillome in ihrem Kehlkopf gefunden. Im Alter von 26 Monaten musste wegen Atemnot die Tracheotomie gemacht werden. Im achten Lebensjahre besass sie, obwohl sie immer noch die Kanüle trug, eine ziemlich gute Stimme. Als Imperatori den Fall 1915 übernahm, trug sie noch eine für einjährige Kinder bestimmte Kanüle. Es waren immer noch Papillome im Kehlkopf vorhanden, die trotz der langen Kehlkopfruhe nicht zurückgegangen waren. Die Papillome wurden entfernt und ein grosses O'Dwyer-Rohr mit Schmiegelowschem Pfosten versehen in den Kehlkopf eingeführt. Später wurde die Patientin geheilt entlassen. O. T. FREER.

49) **Lange. Narbige Stenosen oberhalb der Trachealkanülen.** Göttinger med. Ges., Sitzung v. 30. Okt. 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 7. S. 198. 1920.*

4 Fälle, bei denen sich die Stenose nach unbeabsichtigten Krikotomien gebildet hatten und bei denen deswegen die Kanülen nicht entfernt werden konnten. L. machte die Laryngofissur, erweiterte die stenosierende Stelle, unter möglichster Schonung der Schleimhaut und legte die Brüggemannsche Bolzenkanüle ein. Ein Patient wurde nach 3 Monaten geheilt entlassen, bei zwei anderen musste die Kanüle erneut eingelegt werden, der vierte ist vor kurzem erst operiert. Ein abschliessendes Urteil ist daher über das Verfahren noch nicht möglich, doch ist dasselbe schonend und einfach und ermutigt zu weiterer Anwendung und Prüfung.

R. HOFFMANN.

50) **Thost** (Hamburg). **Die Behandlung von Kehlkopfstenosen mit soliden Metallbolzen.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 106. S. 172.*

Die Arbeit bildet einen Nachtrag zu dem im Jahre 1911 erschienenen Thostschen Buch über die Behandlung der Verengerungen der oberen Luftwege. Zu den 65 Fällen, die seinerzeit dem Verf. zu Gebote standen, sind inzwischen weitere 30 getreten. Sein damals beschriebenes Instrumentarium, das inzwischen nur unwesentliche Aenderungen erfuhr, hat sich sowohl ihm selbst wie vielen anderen gut bewährt. Nach wie vor tritt er dafür ein, dass die Dilatation unbedingt mit massiven Bolzen erfolgen müsse. Die Bildung des sogenannten Sporns zwischen Kanüle und Bolzen hat er nur mehr in seltenen Fällen gesehen. Das mag zum Teil daran liegen, dass er jetzt häufig die Bolzenbehandlung mit medikamentöser Behandlung (Lapis) kombiniert und auch direkt die Bolzen als Träger von Medikamenten benützt.

Den Begriff „Heilung einer Stenose“ definiert er im Gegensatz zu anderen dahin, dass der Patient 1 Jahr lang ohne Kanüle frei atmen kann. Nach erschwertem Dekanülement bleiben meist etwas Atembeschwerden bei starken Anstrengungen zurück und die Stimme pflegt einen etwas rauhen Ton zu erhalten. Thost kennt überhaupt nur einen einzigen Berufssänger mit schöner Stimme, der in seiner Jugend eine Tracheotomie durchmachte. Auffallend ist, dass im Wachstum die Tracheotomienarbe wesentlich nach abwärts wandert.

KOTZ.

51) **Henri Bardy. Die Behandlung von Larynx- und Trachealstenosen nach Diphtherie. (Le traitement des rétrécissements du larynx et de la trachée après la diphtherie.)** *Acta Otolaryngologica. Vol. II. Fasc. 4. p. 438.*

Verf. bespricht die verschiedenen Formen von Laryngotrachealstenosen nach Tracheotomie und Intubation, sowie die verschiedenen Methoden zur Heilung von diesen Stenosen. Er hat in drei Fällen Schmiegelows translaryngeale Fixationsmethode angewandt, ohne doch gute Resultate zu erzielen, woran zufolge Verf. vielleicht eine schlechte Qualität der angewandten Kautschuckröhre schuld ist. In dem einen von diesen Fällen wurde die Behandlung unterbrochen, in den zwei anderen Fällen wurde die Behandlung der Stenose nach Thosts Methode fortgesetzt, wodurch vollständige Heilung erlangt wurde. Hat später noch 5 Fälle ad modum Thost behandelt; von diesen sind zwei geheilt, drei noch unter Behandlung.

R. LUND.

52) **C. J. Imperatori. Eingekeilter Fremdkörper in der Luftröhre. (Impacted foreign body in the trachea.)** *The Laryngoscope. September 1916.*

Ein Kind von 18 Monaten hatte eine grosse Glasperle von 11 mm Durchmesser in der Luftröhre. Sie lag gerade unterhalb der Stimmbänder und drehte sich beständig in der Luftröhre beim Atmen. Das Kind hatte schwere Atemnot, denn es bekam nur so viel Luft, als durch das Loch in der Perle durchging. Es konnte die Perle nicht durch direkte obere Tracheoskopie entfernt werden, und es wurde deshalb eine schnelle Tracheotomie gemacht und die Perle entfernt, aber das Kind erstickte. Sofortige Tracheotomie hätte das Kind retten können.

O. T. FREER.

53) **V. Hinsberg. Zur Kenntnis der Tracheitis sicca mit Borkenbildung.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 294.*

Ausser der seltenen Form der primären und der im Anschluss an Ozaena nasalis häufig beobachteten Form der Tracheitis sicca beobachtet Verf. nicht selten nach Totalexstirpation Tracheitis sicca. Sie kann im Anschluss an die Operation leicht zum Erstickungstode führen. Ihre Ursache sieht er in der Trockenheit der Respirationsluft und dem Wandsekret. Einen ähnlichen Zustand hat H. bei chronischer Anwendung von Kokain in der Trachea gesehen.

BRADT.

54) **C. J. Imperatori. Plötzlicher Tod in der Bronchoskopie. Vorläufiger Bericht über eine physiologische Untersuchung. (Sudden death during bronchoscopy. A preliminary report of a physiological study.)** *The Laryngoscope. November 1916.*

Ein einjähriges Kind, Pat. eines anderen Arztes, hatte einen Teil einer Erdnuss in einen kleinen Bronchialast eingeatmet. Es wurde eine untere Bronchoskopie ausgeführt, mit Einführung eines Brünings-Rohrs Nr. 5 in den rechten Bronchialbaum. Während des Suchens nach dem Fremdkörper hörte das Kind zu atmen auf und starb. Autopsie nicht erlaubt.

Durch diesen Fall angeregt, machte Verf. Versuche an Hunden in Aethernarkose, in welchen ein bronchoskopisches Rohr durch die Pleura gestossen wurde oder der Pleurasack von aussen eröffnet wurde. Alle Hunde erstickten schnell an Kollaps beider Lungen. Versuche zeigten dann, dass das Septum pleurale zwischen den Pleurasäcken 1—2 mm grosse Oeffnungen bei Hunden besitzt, so dass Kollaps beider Pleurasäcke bei Eröffnung des einen erfolgen muss. Obwohl beim Menschen Kollaps einer Lunge nicht den der anderen zur Folge hat, so kann dennoch ein plötzlicher Kollaps nur einer Lunge die Atmung durch Reflex aufhalten mit Stillstand des Herzens. Es gehört keine grosse Gewalt dazu, mit dem bronchoskopischen Rohr die Pleura zu durchstossen, besonders wo mehrtägige Entzündung das Lungengewebe morsch gemacht hat.

(Obwohl es nicht geradezu in dem Aufsatz erwähnt wird, so lässt sein Inhalt doch schliessen, dass in dem beschriebenen Falle die Lunge durch das Bronchoskop durchstossen wurde. Ref.)

O. T. FREER.



f) Oesophagus.

55) **E. Stübler. Angeborene Kommunikation zwischen Oesophagus und Trachea ohne Atresie des Oesophagus.** *Virchows Archiv. Bd. 229. S. 382. 1921.*

Beschreibung und Abbildung eines Falles dieser seltenen Missbildung, da die meisten dieser Anomalien mit Atresie des oberen Oesophagusteils und Kommunikation des unteren Teiles mit der Trachea verbunden sind.

Die Missbildung muss bereits in der 3. Embryonalwoche beginnen, da zu dieser Zeit eine Trennung des Vorderdarms in ein vorderes und hinteres Rohr erfolgt dadurch, dass zwei seitliche Leisten einander entgegenwachsen. Erfolgt keine völlige Vereinigung dieser Leisten, so bleibt die Kommunikation bestehen.

DREYFUSS.

56) **Ernesto Cavazzi** (Modena). **Ueber Extraktion gewisser Fremdkörper aus dem Oesophagus und den Luftwegen. (Sulla estrazione di taluni corpi estranei dell' esofago e delle vie aeree.)** *Il Policlinico. Sezione Pratica. 28. Februar 1921.*

Spitze, unregelmässig gestaltete Fremdkörper oder solche von erheblichem Umfange entfernt Verf. stets mittels Oesophagoskopie, scheibenförmige aber, wie Münzen, Knöpfe usw., nur ausnahmsweise, nämlich dann, wenn sie schon längere Zeit im Oesophagus stecken und Grund zu der Annahme ist, dass Verletzungen der Schleimhaut vorhanden sind. Für alle anderen Fälle hat er sich bei Fischer in Freiburg ein Instrument in 2 Grössen — ein kürzeres für Kinder und für Fremdkörper im oberen Drittel der Speiseröhre, ein längeres für tiefer sitzende — anfertigen lassen. Das Instrument besteht aus einem mittels eines Gelenkes beweglichen Haken; bei der Einführung liegt der Haken der Hinterseite des Schaftes an; hat er den Fremdkörper erreicht, so wird mittels eines Fingerdruckes der Haken im Gelenk bewegt und umgreift den Fremdkörper. Das Instrument wird unter Führung des Röntgenschirms eingeführt; da es keinen spitzen oder scharfen Teil hat, so kann eine Verletzung der Schleimhaut nicht erfolgen.

Ferner beschreibt Verf. ein Instrument zur ösophagoskopischen bzw. tracheoskopischen Entfernung von Bohnen, Erbsen usw. Es handelt sich um eine lange stählerne Sonde, die unten in ein korkzieherartiges Gewinde mit sehr feiner Spitze ausläuft. Die Spitze wird in das Zentrum des Fremdkörpers eingestossen und dann werden ein paar Rotationsbewegungen gemacht, wodurch das Instrument in den Fremdkörper eindringt. Ebenfalls zu beziehen von Fischer in Freiburg.

FINDER.

57) **Paul Hirsch. Zur Pathologie der diffusen Oesophagusdilatation.** Berliner med. Ges., Sitzung vom 28. Januar 1920. *Deutsche med. Wochenschr. No. 8. S. 220. 1920.*

Von einer vor 2 Jahren vorgestellten, damals 27jährigen Pat. mit mächtiger Dilatation des Oesophagus werden die pathologisch-anatomischen Präparate demonstriert. Weder an der Kardia noch am Pylorus irgendwelche Narbenbildungen, so dass es sich anscheinend um einen Kardiospasmus gehandelt hat. Nach Albu liegt die Möglichkeit der Entstehung solcher Oesophagusdilatationen auf der Basis vegetativer Neurosen vor. (Vergl. hierzu auch die Diskussion. Ref.)

R. HOFFMANN

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Laryngo-otologische Gesellschaft München.

Sitzung vom 21. Januar 1920.

Vorsitzender: Hecht.

L. Haymann: Ueber Herpes zoster oticus.

Sitzung vom 18. Februar 1920.

Vorsitzender: Hecht.

I. Plato a. G.: a) Die Behandlung des Ménièreschen Symptomenkomplexes mit Chinin.

b) Radiumbehandlung eines Falles von Ohrkarzinom.

II. Plazotta a. G.: a) Stenosenbildung im Gehörgang auf Grund chronischen Ekzems und ihre Behandlung.

b) Kankroid der Ohrmuschel.

Sitzung vom 5. Mai 1920.

Vorsitzender: Hecht.

Grünwald: Ueber unvollkommene Rekurrenslähmungen.
(Erscheint ausführlich im Archiv für Laryngologie.)

Sitzung vom 30. Mai 1920.

Vorsitzender: Hecht.

I. Zimmermann: a) Trachealtumor.

Bei einer 27 jährigen Patientin wird in Autoskopie ein glattwandiger, in das Lumen der Luftröhre hereinragender Tumor demonstriert. Da verschiedene Umstände dafür sprechen, dass es sich um einen Strumaknoten handeln könnte, wurde vor Kurzem die Strumektomie ausgeführt, das Bild änderte sich aber nicht. Möglicherweise liegt eine endotracheale Struma vor.

b) Beiderseitige Atresie der Nase.

Demonstration eines elfjährigen hereditär-luetischen Mädchens mit einer rechtsseitigen Choanalatresie und einer linksseitigen vorderen Atresie. Operation ist in Aussicht genommen.

Diskussion:

Grünwald erklärt die Verwachsungen vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkt.

Hecht empfiehlt Elektrolyse.

II. Nadoleczny: a) Kritisches zum klinischen Bild der Erkrankung des inneren Ohres.

b) Ueber Obertöne und Untertöne der Bezold-Edelmannschen Stimmgabelreihe.

Sitzung vom 17. Juni 1920.

Vorsitzender: Hecht.

Grünwald: Vorstellung eines Falles von Stomatopathia dolorosa exfoliativa („Möllersche Glossitis").

Pat. im Alter von 41 Jahren mit dick belegter Zunge, an der streifige Epithelverluste auffallen. Starke Schmerzen, besonders bei Nahrungsaufnahme. Röntgenbestrahlung hatte beste Erfolge.

Sitzung vom 15. Juli 1920.

Vorsitzender: Hecht.

I. Haymann: a) Fieberlos verlaufene otogene Sinusthrombose.

b) Doppelseitige otogene Sinusthrombose nach Scharlacheiterung.

c) Sinusthrombose und Allgemeininfektion durch Bacterium proteus.

d) Sinusläsion und Thrombose. Heilung derselben durch operative Eingriffe. Exitus durch Enzephalitis. (Erscheint ausführlich in Passows Beiträgen).

II. Zimmermann: Adenom der Pharynxhypophyse.

Bohnengrosser, in der Mittellinie am Rachendach sitzender Tumor vom Aussehen eines Schleimpolypen. Entfernung mit der Schlinge. Der Pathologe bringt die als gutartiges Adenom anzusprechende Neubildung mit der sogenannten Hypophysis pharyngea in Verbindung.

III. Nadoleczny: Vorstellung eines Falles von linksseitiger Internuslähmung mit Abduktorenparese (?).

Bei der 21jährigen Pat. ist es fraglich, ob es sich um Reste einer Rekurrensschädigung handelt oder ob eine Mutationsstörung vorliegt.

Diskussion:

Grünwald nimmt eine rein organische Schädigung an.

IV. Hecht zeigt Röntgenaufnahmen eines klinisch noch nicht geklärten Falles, dem möglicherweise eine Hysterie zugrunde liegt, und behält sich weitere Mitteilungen vor.

Kotz.

---

b) Vereinigung schweizerischer Hals- und Ohrenärzte in Zürich im Juni 1920.

(Schweizerische med. Wochenschr., 1921, Nr. 2.

Laryngo-rhinologische Fälle.

Bigler (Zürich): Rechtseitige knöcherne Choanalatresie. Operiert und geheilt nach Siebenmann-v. Eicken.

Guyot (Genf): Intratracheale Einspritzungen zur Behandlung von Lungentuberkulose u. a. Histologische Studien und vereinfachte Technik.

Die kombinierten öligen Lösungen von Eukalyptol-Gummol-Guajakol, sowie von Tuberkelbazillen mitsamt ihren Toxinen sollen bei Hunden schon nach $^1/_2$ Tag in den Geweben der Bronchiolen und Alveolen histologisch nachgewiesen werden können. Die erstgenannten Einspritzungen sollen bei Menschen mehrmals wöchentlich ausgeführt werden und bald Befreiung von den Tuberkelbazillen herbeiführen.

Nager (Zürich): Demonstrationen von Nasenrachentumoren.

Lymphosarkom, Basalzellenkarzinom, Nasenrachenfibroid bei tertiärer Syphilis, Sarkom des Nasenrachenraums; Nasenrachenveränderungen bei Polyzythämie; gummöse Zerstörung des weichen Gaumens; Pemphigus vegetans der Mundschleimhaut; traumatische Verengerung des Kehlkopfs; ausgedehntes kavernöses Angiom der Wangen, des Gaumens, des Hypopharynx, des Kehlkopfs und des äusseren Halses; tuberkulöser Tumor der Nasenscheidewand.

Siebenmann (Basel): Neuer Larynxhaken zur indirekten Laryngoskopie, Hypopharyngoskopie und zur operativen Behandlung.

Eine Anzahl stark gebauter, breiter, halbkreisförmig oder etwas mehr gekrümmter Haken, die mit dem verchmälerten Ende unterhalb der Stimmbänder eingeführt werden können. Auf diese Weise kann jedes Stimmband gesondert behandelt werden, z. B. mit dem Messer evtl. Kurette oder dem Galvanokauter, ohne dass das andere in Gefahr kommt, misshandelt zu werden. Mit diesen Haken kann der Kehlkopf auch von der Wirbelsäule abgehoben werden, so dass die hinter ihm befindlichen Geschwüre, Tumoren usw. leicht behandelt werden können.

Studer (Winterthur): Laryngokarzinom des rechten Stimmbandes geheilt durch Laryngofissur. Gehörige breite Exzision und Paquelin.

Jonquière.

---

c) Verhandlungen der dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

133. Versammlung vom 6. Oktober 1920.

Präsident: N. Rh. Blegvad.
Sekretär: Robert Lund.

Der Präsident erinnert daran, dass seit der letzten Versammlung der Professor der Oto-Laryngologie an der Universität in Kopenhagen zum Mitglied der Fakultät ernannt worden ist.

Robert Lund: Ostitis mastoido-zygomatica.

Robert Lund: Einige Bemerkungen über den kalorischen Nystagmus.

Robert Lund: Ein Fall von Blicklähmung.

K. Thrane: 2 Fälle von akuter Sinuitis frontalis mit kollateraler Meningitis.

1. 20jähriger Mann, Temp. 40; alle Zeichen einer heftigen Stirnhöhlenentzündung; zugleich Andeutung von Nackensteifheit. Bei Killians Operation wurde

im Sinus frontalis reichliches Pus vorgefunden. Keine Erkrankung der Siebbeinzellen. Kein Durchbruch zum Inneren des Schädels. Bei Punctio lumbalis am folgenden Tage fand sich erhöhter Druck und Pleozytose (Zellen 365:3 Bakterien). Die Temperatur nahm im Laufe der folgenden Tage ab, und der Pat. wurde im Wohlbefinden entlassen.

2. 12jähriges Mädchen. Operiert September 1919 an Sinuit. frontal. purul. acuta dextr., Abscess. subperiostal. orbitae, hervorgerufen durch einen Durchbruch vom Siebbein in die mediale Orbitalwand. 2 Tage nach der Operation hohe Temperatur (40,7), Mattigkeit und Nackensteifheit, opaleszierende Zerebrospinalflüssigkeit. Umschlagsbehandlung, Pat. einen Monat später geheilt entlassen ohne weitere Eingriffe.

August 1920 wieder Geschwulst und Anschwellung, dem Gebiet der operierten Stirnhöhle entsprechend. Temperatur um 38°. Bei Reoperation wurde seropurulentes Sekret in der Stirnhöhle und in den früher geöffneten Siebbeinzellen vorgefunden. Acht Tage nach der Operation vollständiges Wohlbefinden. Zehn Tage nach der Operation plötzlich bewusstlos, Erbrechen, Schielen, konvulsivische Zuckungen an den Mundwinkeln, in den Armen und Beinen und Nackensteifheit. Die Zerebrospinalflüssigkeit leicht getrübt mit erhöhtem Druck (420 mm) und Pleozytose (Zellen 230/3). Ohne Narkose wird in dem bewusstlosen, komatösen Zustand der Pat. Revision vorgenommen, wobei ein eine Fingerspitze grosser Rezess aufwärts von der Stirnhöhle ausgehend aufgedeckt wird, worin Pus und Granulationen. Kein Durchbruch der medialen Wand des Stirnhöhlenrezesses zur Dura, welche freigelegt wird und ein natürliches Aussehen aufweist. Eine Stunde nach der Operation war die Pat. wach und vollkommen klar. 5 Tage nach der Operation war die Pat. normal. Erst nach einem kleinen Monat war die Pleozytose in der Zerebrospinalflüssigkeit geschwunden. Sie wurde in Wohlbefinden entlassen. Vollständige Heilung trat ein.

Viggo Schmidt: 100 Fälle von Rekurrensparese.

Das Alter von 55—60 Jahren war am häufigsten betroffen. Die Ursache der Rekurrensparese war in 24 Fällen Cancer oesophagi, in 13 Fällen Aortaaneurysma, in 8 Fällen Morbus cordis, welcher in 2 Fällen rechtsseitige Rekurrensparese verursacht hatte. In 9 Fällen war die Ursache Tumor colli, diese 9 Fälle waren alle rechtsseitig, was sich wahrscheinlich durch das Verhältnis des Nerven zur Klavikula auf rechter Seite erklärt. In 12 Fällen fanden sich Lungen- und Mediastinumleiden, in 9 Fällen Struma, hiervon in 3 Fällen maligne Struma. In 5 Fällen trat die Parese nach Strumektomie ein, in 6 Fällen war sie postinfektiös, in 5 Fällen handelte es sich um bulbäre oder pseudobulbäre Parese.

Bei 60 pCt. war ein Leiden unter der Apertura thoracis superior. 45 pCt. der Patienten hatten Cancer oder Sarkom, gegen 70 hatten eine totbringende Krankheit.

134. Versammlung vom 3. November 1920.

Präsident: N. Rh. Blegvad.
Sekretär: Robert Lund.

Des verstorbenen Hofrat Politzer wird gedacht.

Killian wird zum korrespondierenden Mitglied gewählt.

Es wird unter anderem berichtet, dass die Gesellschaft jetzt 58 ordentliche Mitglieder zählt.

Thornval: Etwas über die Otolaryngologie in Paris.

Thornval: Die kalorische Reaktion bei Neugeborenen.

Boserup: Aneurysma aortae — Tumor mediastini.

Bei einem 47jährigen Mann, welcher seit mehreren Monaten an zunehmender Kurzatmigkeit, Husten mit schleimigem Expektorat gelitten, und bei dem man bei Laryngoskopie natürliche Verhältnisse vorfand, wurde eine positive Wassermann-Reaktion nachgewiesen. Bei Untersuchung der Brustorgane wurden erweiterte Venen im zweiten linken Interkostalraum vorgefunden, diese Partie war leicht hervorgetrieben, und man fand hier Dämpfung sowie akzentuierte Herztöne. Bei Tracheoscopia directa wurde die Trachea im ganzen nach rechts verschoben mit bedeutender Stenose vorgefunden, welche durch ein Hervortreiben der linken Wand verursacht war. Die Röntgenuntersuchung zeigte eine Verdichtung grade über dem Herzschatten, am meisten einem Aneurysma aortae ähnlich, besonders der Pars descendens aortae entsprechend. Gegen die Diagnose Aortaaneurysma sprachen: Fehlende Puls differenz, fehlendes Oliver Cardarellisches Symptom, normale Herzstethoskopie, schliesslich der Umstand, dass ausser der beschriebenen Verdichtung bei der Röntgenuntersuchung ein normaler Aortabogen auf dem Röntgenbild zu sein schien. Daher wurde die Möglichkeit erwogen: Tumor mediastini. Gegen diese Diagnose sprachen fehlende Oesophaguskompression, gegenwärtige Trachealstenose.

Borries: Doppelseitige Labyrinthdestruktion nach Influenza.

Borries: Paradoxe Vestibularreaktion nach Kopftrauma.

Borries: Nystagmus bei Augenmuskellähmung.

Borries: Partielle Labyrinthaffektion nach Labyrinthitis serosa.

Viggo Schmidt: Pharyngitis — Lungenabszess.

Ein 24jähriger Mann bekam im Anschluss an die „spanische Krankheit" eine Lungenentzündung mit hoher Temperatur. Später litt er fortwährend an Husten und stechenden Empfindungen im Halse. Eine ungemein stark granulierende Pharyngitis wurde nachgewiesen. Es zeigte sich nun ferner, dass der Pat. eine neutrophile Leukozytose von 18500 hatte, die man den Erfahrungen des S.'s zufolge bei Pharyngitis sonst nicht trifft. Eine Röntgenaufnahme zeigte, dass sich im untersten Lungenlappen auf der rechten Seite eine apfelsinengrosse, recht intensive Verschattung fand, wahrscheinlich ein zentral sitzender Lungenabszess, welcher sich dem stethoskopischen Nachweis entzogen hatte.

135. Versammlung vom Sonnabend, den 11. Dezember 1920.

Henning Rønne: Scheinbewegungen beim Sehen durch Brillengläser und ihre Korrektion von den Bogengängen.

Viggo Schmidt: Tödlich verlaufende Pneumokokkenmeningitis mit eigentümlichem Fund in der Zerebrospinalflüssigkeit.

Viggo Schmidt: Sarkom durch Radiumbehandlung von Epitheliom auf der Zunge entstanden.

Im Jahre 1916 wurde ein Epitheliom auf dem Zungenrande vor der Basis linguae bei einem 57jährigen Weibe entfernt. Rezidiv 1918. Wurde wiederholt mit Radium behandelt, wodurch der Tumor vom Zungenrande verschwindet, aber im Anschluss hieran entwickelt sich eine an die alte Narbe grenzende Infiltration. Dieselbe wächst und scheint nach Probeexzision ein Rundzellensarkom zu sein.

Jens Kragh: Einige Beobachtungen über die vestibulären Reaktionen.

Robert Lund: Ein Generalregister über die Verhandlungen der dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft. 1899—1919.

N. Rh. Blegvad: Die Lokalanästhesie in der Oto-Laryngologie.

B. verwendet immer Zusatz von Kaliumsulfat in 0,4proz. Lösung. Zur Leitungsanästhesie wird eine 2 proz. Lösung von Novokain, zur Infiltrationsanästhesie $^1/_4$—$^1/_2$ proz. (Hoechsts Novokain-Adrenalintablette B) verwendet. Eine Stunde vor grösseren Operationen wird Skopolamin-Pantopon gegeben. Sollten während der Operation bei einzelnen Manipulationen, z. B. bei Exkochleation der Trommelhöhle, Schmerzensempfindungen entstehen, so kann man dem Pat. ein oder mehrere Male einen Aether- oder Chloräthylrausch geben. Die Leitungsanästhesie des Nervus maxillaris wird ad modum Offerhaus (Arch. f. klin. Chir., 1910, Bd. 92, S. 47) ausgeführt und verwendet, speziell bei der Kieferhöhlenoperation, welche B. ad modum Dencker ausführt; hier wird dann zugleich Infiltrationsanästhesie des Concha inf., der Medialwand der Nase und der Partie um den Sinus pyriformis vorgenommen. Von 27 Fällen war die Anästhesie in 19 komplett, in 2 ganz gut, in 6 Fällen schlecht (mangelhafte Technik!).

Mit derselben Anästhesie sind 11 Operationen ad modum Lautenschläger-Halle ausgeführt, nur in 2 von diesen Fällen war die Anästhesie schlecht.

Ernsthafte Unfälle bei der Injektion in den Nervus maxillaris hat B. nicht wahrgenommen; hin und wieder Hämatom in der Backe, wenn eine Arterie oder grössere Vene getroffen wurde.

Stirnhöhlenoperationen werden nach Leitungsanästhesie des Nervus frontalis und lacrymalis vorgenommen, wo diese um den Margo supraorbitalis herumgehen; ausserdem wird der Nervus maxillaris anästhesiert (aus Rücksicht auf die hintersten Siebbeinzellen und den Sinus sphenoidalis).

Zu Wests Operation wird Anästhesie des Nervus ethmoidalis ant. verwendet, eventuell in Verbindung mit Infiltrationsanästhesie der Schleimhaut der Nase. Bei Siebbeinoperation kann Anästhesie des Nervus ethmoidalis ant. und post. verwendet werden. Hier hat B. jedoch keinen Erfolg gehabt, er erinnert an die Gefahr bei Injektionen des Novokains in die Tiefe subperiorbital (nachfolgende Amaurose beobachtet!).

Robert Lund.

V. Briefkasten.

Im 72. Lebensjahre starb in Berlin der Geh. Sanitätsrat Dr. Paul Schoetz, einer der angesehensten und ältesten dortigen Laryngologen. Schoetz war langjähriger Assistent von Böcker, der damals zu den beschäftigtsten Berliner Spezialärzten zählte. Seit 1885 betrieb Schoetz selbständig die Praxis als Arzt für Hals- und Nasenkrankheiten. Er hat in der Berliner Laryngologischen Gesellschaft, deren Vorstand er viele Jahre angehört hat, zahlreiche Vorträge und Demonstrationen gehalten; er hat Arbeiten über „Larynxsyphilis bei Kindern" (Deutsche med. Wochenschr., 1885) und „Pharynxtuberkulose bei Kindern" (Deutsche med. Wochenschr., 1903) veröffentlicht. F.

Pfingsttagung des Vereins deutscher Laryngologen und der deutschen otologischen Gesellschaft.

Zu Pfingsten d. J. (12. bis 14. Mai) findet in Nürnberg eine Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen und der Deutschen otologischen Gesellschaft unter dem Vorsitz von Herrn Prof. Dr. Georg Boenninghaus, Breslau und Herrn Sanitätsrat Dr. Rudolf Panse, Dresden statt.

Die Verschmelzung beider Vereine ist in die Wege geleitet. Für die Versammlung sind zahlreiche Vorträge und Demonstrationen angemeldet, auch wird ein Referat „Die Organisation des schulohrenärztlichen Dienstes" erstattet. Referenten: Herr Dreyfuss, Frankfurt; Herr Alexander, Wien; Herr D. Hopmann, Köln.

Es wird dringend um sofortige Wohnungsbestellung beim Vorsitzenden des Wohnungsausschusses, Herrn Dr. Hermann Federschmidt, Nürnberg, Bayreuther Str. 31, ersucht, da sonst gute Unterkunft nicht gewährleistet werden kann und bei späterer Bestellung auch Preiserhöhung eintreten würde. — Die Hotels sind in drei Gruppen eingeteilt:

Gruppe 1:	Zimmer mit Frühstück etwa	30 Mk.,
„ 2:	„ „ „ „	20 „
„ 3:	„ „ „ „	15 „

Da vielleicht nicht genügend Einzelzimmer zur Verfügung stehen, kann unter Umständen ein Zusammenlegen von zwei Kollegen nicht vermieden werden. Befreundete Kollegen werden sich daher zweckmässig diesbezüglich verständigen, ihre Wünsche werden berücksichtigt werden.

Vortragsanmeldungen bis spätestens 5. April an Prof. Kahler, Freiburg i. B.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 88.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVII. April 1921. No. 4.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **G. Bradt** (Berlin), **Calamida** (Mailand), **R. Dreyfuss** (Frankfurt a. M.), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **F. Hanszel** (Wien), **R. Hoffmann** (Dresden), **R. Imhofer** (Prag), **G. Jonquière** (Bern), **R. Kotz** (München), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **R. Lund** (Kopenhagen), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXVII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1921) 25 Mark.

Berlin 1921.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVII. Berlin, April. 1921. No. 4.

I. Die Zukunft des laryngologischen Lehrstuhls an der Universität Berlin.

Als im Jahre 1911 nach Bernhard Fränkels Rücktritt von seinem Lehramt die Frage entstand, wer sein Nachfolger werden solle, herrschte eine Zeitlang bei allen, denen das Schicksal der Laryngologie an der grössten deutschen Universität am Herzen lag, bange Sorge. Denn es bestand die Gefahr — wenigstens musste es von unserem Standpunkt aus als solche angesehen werden —, dass die Laryngologie ihre im Laufe der Jahrzehnte auf Grund ihrer grossen wissenschaftlichen und praktischen Erfolge errungene Selbständigkeit als akademisches Lehrfach wieder einbüssen und zu einem Anhängsel der Otologie degradiert werden würde. Bestrebungen in diesem Sinne waren an der Berliner Universität und im Preussischen Kultusministerium im Gange und es fehlte nicht viel, dass sie sich durchgesetzt hätten. Im letzten Moment wurde die Absicht vereitelt und der Streit um die Nachfolgerschaft Fränkels fand durch die Berufung Killians seine Lösung. Dass diese Lösung eine ausserordentlich glückliche gewesen ist, wird wohl heute niemand mehr bestreiten. Killian hat während der leider allzu kurzen Zeit seiner Berliner Wirksamkeit den Beweis erbracht, wenn es eines solchen überhaupt noch bedurft hätte, dass die Laryngologie ein volles Recht auf Selbständigkeit hat; der Ruf der Killianschen Klinik ist über die ganze Welt verbreitet und überall, wo das sachliche Urteil nicht irgendwie getrübt ist, wird ihr eine führende Stellung zuerkannt. Trotz alledem scheint es, als ob wir heute nach Killians Tode wieder vor denselben Eventualitäten stehen, wie sie damals vor zehn Jahren nach Fränkels Rücktritt drohten. Wieder sind — wenn nicht alles trügt und wenn den hartnäckig sich erhaltenden Gerüchten Glauben zu schenken ist — dieselben Kräfte am Werk wie damals, wieder arbeiten sie darauf hin, dass der Lehrstuhl für Laryngologie nicht wieder

besetzt und die Leitung der Laryngologischen Klinik von einem Otologen im Nebenamt mitübernommen wird.

Der Kampf für die Selbständigkeit der Laryngologie als akademisches Lehrfach ist in diesem Blatt seit seiner Begründung gekämpft worden. Dieser Kampf ist in den letzten Jahren immer aussichtsloser geworden. Gegenüber der mächtigen Strömung, die darauf abzielt, die in der ärztlichen Praxis aus Nützlichkeitsgründen fast allgemein vollzogene Vereinigung von Laryngologie und Otologie auch an den Universitäten durchzuführen, haben sich alle noch so begründeten Einwände und Bedenken als ohnmächtig erwiesen. So kommt es, dass an fast allen deutschen Universitäten — mit Ausnahme nur noch von Berlin, Frankfurt a. M. und München — beide Fächer in der Hand eines Lehrers vereinigt sind. Wenn eine solche Zusammenkoppelung zweier ihrer Entwicklung und ihrem inneren Gehalt nach durchaus nicht untrennbarer Disziplinen an kleinen und mittleren Universitäten mit geringer Hörerzahl und mässiger Krankenfrequenz sich aus Gründen der Sparsamkeit und des vereinfachten Betriebes wohl rechtfertigen lässt, so durfte man sich doch der Hoffnung hingeben, dass wenigstens an den grössten Universitäten die Trennung der Fächer erhalten bleiben werde. Auch in dieser Hoffnung aber sehen wir uns getäuscht. Bereits soll, wie wir hören, die medizinische Fakultät der Universität Berlin ihr Einverständnis damit erklärt haben, dass die Laryngologische Klinik an die Otologische angegliedert, also zu einer Nebenabteilung dieser gemacht wird unter Leitung eines Abteilungsdirigenten, der dann eine Art laryngologischer Stabschef unter dem otologischen Generalissimus sein würde. Dass eine solche Lösung das grösste Befremden erregen müsste, liegt auf der Hand. Man wird es schlechterdings unbegreiflich finden, dass ein Lehrfach, das vor kurzem an der Berliner Universität zum Ordinariat erhoben wurde, jetzt auf die Stellung einer Nebendisziplin herabgedrückt wird, mit deren Wahrnehmung ein Dozent, bestenfalls ein Extraordinarius betraut wird. Natürlich wird sich für eine solche Stellung niemand finden, der bereits selbständig die Leitung einer Universitätsklinik innegehabt und sich als Hochschullehrer einen Ruf erworben hat; wer sich nicht gerade in den Anfängen seiner akademischen Laufbahn befindet, wird es vorziehen, in der kleinsten Universitätsstadt eine noch so bescheidene Klinik in voller Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu leiten, als an der grössten Universität des Reiches mit einer Nebenstellung vorlieb zu nehmen.

Welches sind denn nun die Gründe, die für die Zweckmässigkeit einer derartigen Neuregelung des laryngologischen Unterrichts an der Berliner Universität angeführt werden? Das Hauptargument scheint „Sparsamkeit“ zu sein. Gewiss, Sparsamkeit heisst das Gebot der Stunde und es wäre sehr erfreulich, wenn man bei uns sich auf dieses Gebot auch öfter dann

besinnen würde, wenn es sich nicht gerade um Forderungen der Wissenschaft handelt. Aber zugegeben, es muss auch hier gespart werden, nur ist nicht recht erfindlich, wie man im vorliegenden Falle durch die vorgeschlagene Lösung zu einer wesentlichen Ersparnis gelangen will. Natürlich könnte man sparen, wenn man die laryngologische Klinik eingehen lässt und ihre Räume für andere Zwecke verfügbar macht; dass man aber im Ernst mit dem Gedanken umgehen könnte, ein Universitätsinstitut einfach zu kassieren, auf dessen stationärer Abteilung jährlich etwa 1200 Kranke behandelt werden und dessen Ambulatorium nahezu 15000 Neuaufnahmen im Jahre aufweist, das ist doch wohl nicht anzunehmen. Bleibt aber das Institut als solches bestehen, so vermögen wir nicht einzusehen, welchen nennenswerten Unterschied es in seinem Ausgabeetat bedeuten würde, ob es unter Leitung eines selbständigen und vollberechtigten Direktors oder eines dem Professor der Otologie attachierten Abteilungsdirigenten steht.

Dass bei Besetzung von Killians Lehrstuhl die Personenfrage grosse Schwierigkeiten macht, ist ohne weiteres zuzugeben. Killian war auf seinem Gebiete eine so überragende Persönlichkeit, dass es zurzeit nicht möglich sein wird, einen Nachfolger zu finden, der als ein in jeder Hinsicht vollwertiger Ersatz für den Dahingegangenen gelten kann. Die Schwierigkeit der Personalfrage kann man doch aber unmöglich dadurch umgehen, dass man die Sache schädigt. Einen empfindlichen Schaden für die Laryngologie aber würde es bedeuten, eine Minderung ihres Ansehens und ein Hemmnis für ihre Entwicklung, wenn man sie wieder auf die Stellung zurückzuschrauben versuchte, mit der sie sich vor Jahrzehnten begnügen musste; so wie sie damals ein Anhängsel der inneren Medizin war, dem der interne Kliniker oft nur widerwillig ein bescheidenes Plätzchen auf seiner Klinik einräumte, so soll sie heute zu einem Anhängsel der Otologie gemacht werden. Hält man es durchaus für zweckmässig oder unumgänglich, dass der Nachfolger Killians nebenbei auch Ohrenheilkunde lehrt — wie ja denn de facto an der Berliner Ohrenklinik schon seit langem auch Laryngologie getrieben wird —, so wird es nicht schwer sein, einen Mann zu finden, der als Laryngologe allgemein anerkannt ist und auch in der Ohrenheilkunde über das nötige Mass wissenschaftlicher Erfahrung und praktischen Könnens verfügt, um als akademischer Lehrer auch in dieser Disziplin gelten zu können. Eine Forderung aber glauben wir im Interesse unseres Faches stellen zu müssen: dass die Berliner Laryngologische Klinik in ihrer vollen Selbständigkeit unter Leitung eines vollberechtigten Ordinarius bestehen bleibt und nicht zu einer Nebenabteilung der Ohrenklinik herabsinkt. Diese Forderung glauben wir auch dem Andenken Bernhard Fränkels und Gustav Killians und der Achtung vor dem Lebenswerk dieser Männer schuldig zu sein. Finder.

II. Referate.

a) Allgemeines, äusserer Hals.

1) **Johannes Palka. Ueber Blutzysten am Halse.** *Diss. Breslau 1920.*

Man teilt diese Gebilde ätiologisch ein in „echte“, die entweder auf eine fötale Entwicklungsstörung zurückzuführen sind oder auf eine Erweiterung einer Vene, sei es, dass sie noch mit dieser kommunizieren, sei es, dass sie sich abgeschnürt haben, und in „unechte“, die durch Blutung in eine Kiemengangszyste oder in ein Lymphangiom entstehen, aus Lymphdrüsenmissbildungen oder aus einem Angiom sich entwickeln.

P. beschreibt aus der Breslauer chirurgischen Klinik einen Fall. 21 Jahre altes Mädchen, das seit seiner Kindheit eine Geschwulst am Halse hat und zwar oberhalb einer Struma am linken Unterkieferwinkel. Die Exstirpation ergab ein mit der V. jugularis und der V. submaxillaris breit kommunizierendes kavernöses Hämangiom.

DREYFUSS.

2) **Joseph C. Beck. Gegenwärtiger Stand der Karzinomfrage mit besonderer Berücksichtigung des Kopfes und Halses. (Present status of carcinoma with special reference to the head and neck.)** *The Laryngoscope. Sept. 1916.*

Verf. hat 400 Fälle von Karzinom des Kopfes und Halses in den letzten 20 Jahren behandelt und hat sechs Abhandlungen über Krebs, besonders über seine nicht operative Behandlung, geschrieben. Für die Diagnose ist das Mikroskop entscheidend. Die Abderhaldensche serologische Untersuchung hat B. in 100 Fällen gemacht und gefunden, dass sie in 70pCt. derselben mit dem Mikroskop und dem klinischen Befund übereinstimmte. Jakob Kobalter, Direktor des Laboratoriums in Becks Spital, arbeitete zur Zeit der Veröffentlichung dieses Aufsatzes an einer serologischen Untersuchungsart, die sicherere Befunde als die nach Abderhalden geben soll.

Bezüglich der Behandlung äussert sich B. dahin, dass in allen Fällen, wo das Karzinom nicht inoperabel ist, die radikale chirurgische Entfernung gleich gemacht werden soll.

Radium in der in 1916 üblichen Anwendungsweise, Galvanokauterisation, Diathermie und Röntgenbestrahlung werden besprochen. Nach scheinbarer Heilung mit Diathermie hat B. meist Rezidive gesehen.

O. T. FREER.

3) **Josef v. Csiky. Experimentelle Untersuchungen über das Asthma.** Aus der II. med. Univ.-Klinik Budapest. *Zeitschr. f. d. ges. exper. Med. Bd. 12. S. 45. 1921.*

Durch Analogieschlüsse von Experimenten an den Lungen anaphylaktisch gemachter Meerschweinchen kommt C. zur Ansicht, dass das Asthma nicht durch Bronchialkrämpfe verursacht wird, sondern dass die elastischen Fasern in der Wand der Alveolen unter dem Einfluss von Innervationszuständen stehen, keine passive Gebilde seien und durch Arzneimittel, wie Atropin, Adrenalin usw. auf dem Wege der Nervenbahnen beeinflusst werden.

DREYFUSS.

4) **Frank Corke. Asthma und Anaphylaxie. (Asthma and anaphylaxis.)** *Brit. med. Journ. 12. März 1921.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Durch die Hautreaktion kann in der Hälfte der Fälle von Asthma nachgewiesen werden, dass sie auf irgendein fremdes Protein zurückzuführen sind.

Können diese Ursachen beseitigt werden, so sind die Patienten sofort von ihrem Asthma befreit.

Auch bei den Fällen, die keine positive Hautreaktion geben, kann durch die Anwendung verschiedener Proteine als Antigene viel dazu getan werden, sie zu bessern oder zu heilen.

Asthma, Heufieber, Urtikaria, Ekzem, Migräne, Epilepsie und paroxysmale Hämoglobinurie haben viele gemeinsame Züge und werden wahrscheinlich sich alle als eventuelle Symptome von Anaphylaxie erweisen und nicht als besondere Krankheiten. Diese Liste kann wahrscheinlich noch beträchtlich erweitert werden.

FINDER.

5) **M. Mosse** (Berlin). **Lymphatismus mit innersekretorischen Störungen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 41. 1920.*

Bei einem bis dahin gesunden 19jährigen Mädchen entwickelte sich nach Grippe ein eigentümliches Krankheitsbild, charakterisiert durch Schwäche, rheumatische Beschwerden, ödematöse Schwellungen des Gesichts, geringe psychische Störungen. Keine Nierenerkrankung. Es fand sich Trockenheit und Schilfrigkeit der Haut, Vergrösserung der Schilddrüse, Hyperplasie der Gaumen- und Rachenmandel, besonders auch der Zungenfollikel, Schwellung der Thymus. Verf. bespricht eingehend die Bedeutung der stark vergrösserten Zungenfollikel für das Krankheitsbild des Lymphatismus, sowie der Thymushyperplasie. Der vorliegende Fall ist einzureihen in die Gruppe der Krankheitszustände, die von Claude und Gougerot als „pluriglanduläre Insuffizienz der endokrinen Drüsen" bezeichnet worden ist. Zum Schluss bespricht Verf. die Beziehungen zwischen Lymphatismus und Lungentuberkulose; er wirft die Frage auf, ob nicht gerade beim Lymphatiker eine günstige Beeinflussung des Lungenprozesses in Erscheinung tritt, mit anderen Worten, ob der gutartige Verlauf der Erkrankung nicht mehr auf die Konstitutionsanomalie, als auf das angewandte Mittel zu beziehen ist. FINDER.

6) **Oskar Wild** (Zürich). **Fremdkörper der Luft- und Speisewege.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 33. H. 3.*

Verf. beschreibt eine Anzahl interessanter Fremdkörperfälle in den oberen Luftwegen und den segensreichen Einfluss der von Killian ausgebauten Bronchoskopie. An Fremdkörpern in der Nase: verrostete Oese eines Schuhknopfes, einen grossen Rhinolithen, einen zuerst in die Trachea aspirierten und wiederum in die Nase geschleuderten Knochen, 2 Pillen mit chemischer Reizwirkung in der Nase, sowie 2 luetische Knochensequester. Von Fremdkörpern im Rachen ein 2,5 cm langes Stück des Tonsillotoms in der Gaumenmandel, welches anlässlich einer Tonsillotomie ausbrach; im Epipharynx: ein Fadenspulenschiffchen; im Hypopharynx: eine Fischgräte, eine Cascarapille, ein Stiftzahn, sowie 2 Fälle, bei welchen der Fremdkörper bereits entfernt war, die Verletzungen in der Schleim-

haut jedoch erhebliche Beschwerden verursachten. Im Oesophagus: ein Knochen, ein Holzsplitter und der Teil einer Kautschukprothese des Oberkiefers. Von den selteneren Fremdkörpern in der Trachea beschreibt W. einen spongiösen Knochen 7 cm oberhalb der Stimmlippen, sowie eine offene Sicherheitsnadel bei einem fünf Monate alten Kinde. Zum Schluss berichtet Verf. noch von Fremdkörpern in den Bronchien, und zwar von einer Stecknadel unterhalb der Abzweigung des Mittellappenbronchus, einer solchen im dorsalen Aste des linken Unterlappenastes und 3 Knochensplittern in den Unterlappenbronchien. BRADT.

7) **Hirsch** (Stuttgart). **Neuere Wege zur Kokainersparnis bei Oberflächenanästhesie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jahrg. 54. S. 1014.*

Auf Grund der Tierexperimente von Kochmann und Zorn (Deutsche med. Wochenschr., S. 1589, 1912 und Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther., S. 328 u. 529, 1913), welche eine potenzierende Wirkung des schwefelsauren Kaliums auf Novokain nachgewiesen hatten, versuchte Verf. auch zur Oberflächenanästhesie sich des Kalium sulfur. zu bedienen. Er empfiehlt auf Grund tierexperimenteller Erfahrungen und von längeren Beobachtungen die Verwendung folgender Mischung: Sol. coc. mur. (25 pCt.) 1,0—3,0. Suprarenin mur. (1 pM.) 2,5—5,0. Sol. kal. sulfur. (2 pCt.) 5,0. Sol. acid. carbol. ($^1/_2$ pCt.) ad 25,0. M.D.S. 1—3 proz. Kokain-Suprarenin-Kal. sulfur.-Lösung. Diese 3proz. Kokain-Kal. sulfur.-Lösung entspricht im Wirkungsgrad einer 20proz. ohne schwefelsaures Kalium.

SCHLITTLER.

8) **C. v. Eicken** (Giessen). **Körperliches Sehen bei der Oto-Rhino-Laryngoskopie.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 33. H. 3.*

Die ersten Versuche, binokular zu endoskopieren, gingen von Giraud-Teulon, de Rossi und Böttcher aus. v. Eicken konstruierte ein Instrument, welches 1. aus einer optischen Vorrichtung besteht, mit der die Pupillardistanz des Untersuchers so weit verringert wird, dass er imstande ist, mit beiden Augen gleichzeitig enge Körperhöhlen zu betrachten; 2. aus einer Vergrösserungseinrichtung, welche durch Auswechslung einiger Brillengläser eine Anpassung an die verschiedenen Zwecke gestattet; 3. aus einer mit dem optischen System fest verbundenen Beleuchtungseinrichtung, die so angebracht ist, dass die reflektierten, fast parallelen Lichtstrahlen in die Blickrichtung fallen. BRADT.

9) **Ino Kubo** (Japan). **Mein neuer selbsthaltender Mundsperrer.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 33. H. 3.*

K. beschreibt nach kurzer Uebersicht über die üblichen Mundsperrer einen von ihm angegebenen, welcher sich dadurch auszeichnet, dass seine Fixation nicht durch die Kontraktion der Kaumuskulatur bedingt, sondern dass er mechanisch am Unterkiefer befestigt ist. BRADT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

10) **Albanus** (Hamburg). **Ueber Kymographionkurven beim Riechen.** *Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

Der verschiedenartige Aspirationsmodus beim Riechen wird in drei Kurven dargestellt, welche die Respiratio abdominalis, Respiratio costalis und die Luft-

schwankungen des Cavum narium darstellen. Es zeigt sich, dass berufsmässige Riecher (Kaffeemakler und ähnliche) nicht den Aspirationsmodus des Schnüffelns zur Anwendung bringen — der vielmehr für ungeübte gröbere Orientierungen bei Gerüchen angewendet zu werden scheint —, sondern den Aspirationstypus des Riechens an einer Blume — sie riechen „ganz langsam und leise". BRADT.

11) **Bilancioni** und **Governatori. Der okulo-kardiale Reflex bei der Nasenstenose. (Il riflesso oculo-cardiaco nelle stenosi nasali.)** *Bollet. d. mal. dell' orecchio etc. Sept. 1920.*

Verff. untersuchten das Verhalten des okulo-kardialen Reflexes bei Patienten mit mehr oder minder starker Nasenstenose, vor und nach einer Operation, die zum Zweck der Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Nase vorgenommen worden war. Dass diese einen Einfluss auf den Reflex hat, geht aus der Verschiedenheit seines Verhaltens bei Individuen mit schwerer Nasenstenose vor der Operation hervor und wenn diese Personen durch eine Operation von ihrer Stenose befreit sind.

Diese Beobachtung verwertet Verf. zu Gunsten der Ansicht von Magitot und Bailliard, dass nämlich der okulo-kardiale Reflex nicht ein spezieller Augenreflex sei, sondern eigentlich „orbito-kardialer" oder „naso-kardialer" Reflex heissen müsse. CALAMIDA.

12) **Ernst Bennewitz** (Berlin). **Zur Diagnose und Therapie des chronischen und habituellen Schnupfens.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 10. S. 61.*

Die Durchsicht von 200 Schädelaufnahmen haben dem Verf. ergeben, dass am häufigsten von allen Nebenhöhlen das Siebbein erkrankt ist (140mal), während die Kieferhöhle nur 93mal affiziert war.

Therapeutisch hält er das Brüningssche Kopflichtbad eventuell kombiniert mit der Staubinde für sehr wertvoll. Bei einem weiteren Teil der Patienten mit chronischem Schnupfen handelt es sich um Rhinitis atrophica, beruhend auf einer hereditär-konstitutionellen Krankheitsanlage. Hier hat sich dem Verf. Eukupinbehandlung bewährt. (Eucupin. bihydrochlor. in 3proz. wässriger Lösung und 10pCt. Glyzerinzusatz mittels Sprayapparat angewendet.) SCHLITTLER.

13) **Wolff Freudenthal. Teleangiektasien des Gesichts und der Nasen- und Rachenschleimhaut mit schwerer Epistaxis. Eine neue Form der Behandlung von Nasenbluten. (Teleangiectases of the face and mucous membranes of nose and throat associated with severe epistaxis. New form of treatment of nasal bleeding.)** *New York med. Journ. 16. März 1921.*

55jähriger Mann, dessen Mutter und 2 Geschwister an häufigem Nasenbluten litten, leidet seit 12 Jahren ebenfalls an Nasenbluten. Er hat über den ganzen Körper zerstreut kleine Angiome von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse; es fanden sich solche im Gesicht, auf der rechten Seite des Septums, auch auf und unter der Zunge, an verschiedenen Teilen des weichen Gaumens usw. Gewisse Knochenveränderungen, die besonders an den Beinen bei der Röntgenuntersuchung gefunden wurden, führten auf den Verdacht von Lues, obwohl Wassermann mehrmals negativ blieb.

Das Nasenbluten tritt seit einer vor 4 Jahren überstandenen Pneumonie jede Woche ein paarmal auf und zwar dauert es jedesmal 10—30 Minuten und ist sehr profus. Es wurden alle möglichen Behandlungsmethoden versucht, jedoch ohne Erfolg. Schliesslich wandte Verf. die von Harold Neuhof und Hirschfeld empfohlenen intravenösen Injektionen von Natrumzitrat an. Wenn auch eine definitive Besserung der Epistaxis damit nicht erreicht wurde, so konnte doch ein deutlicher Einfluss auf die Gerinnungszeit des Blutes festgestellt werden. Dieser Einfluss war nach jeder Injektion zu konstatieren. So betrug die Gerinnungsdauer vor der ersten Injektion 16 Minuten; drei Stunden später war sie allmählich auf 1,5 Minuten herabgesunken. Natriumzitrat (20 ccm einer 30proz. Lösung) muss sehr langsam injiziert werden. FINDER.

14) **K. A. Heiberg** und **Ove Strandberg. Mikroskopische Untersuchungen der Nasenschleimhaut von Lupus vulgaris-Kranken während der Behandlung mit universellen Kohlenbogenbädern.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 10. S. 8.*

Die beiden Autoren versuchen an einem Material von 65 entsprechenden Fällen den anatomisch-histologischen Nachweis zu erbringen für die klinisch beobachtete Tatsache, dass universelle Lichtbäder imstande sind, den Schleimhautlupus der Nase zu heilen. Verglichen mit 75 unbehandelten Kontrollfällen zeigte es sich, dass bei den lichtbehandelten Fällen namentlich ein Uebergang der Tuberkel in Rundzellen mit Nekrobiose vorkommt und die letztere beständig zunahm, je länger die Behandlung dauerte. SCHLITTLER.

15) **Meyer Wiener** und **William E. Sauer** (St. Louis, Mo.). **Eine neue Operation durch die Nase gegen Dakryozystitis. (A new operation for the relief of dacryocystitis through the nasal route.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 25. September 1920.*

Eine Zieglersche Sonde wird durch den Canaliculus inferior in den Saccus lacrymalis eingeführt, dann nach unten gerichtet bis zum Boden des Sackes, nach innen gedreht unter einem Winkel von 45° und schliesslich durch die äussere Nasenwand in die Nase hineingestossen. Das Ende der Sonde liegt nun vor dem vorderen Ende der mittleren Muschel, die eventuell zum Teil abgetragen werden muss. Darauf wird genügend von der knöchernen Wandung des Duktus abgemeisselt oder abgekniffen, um eine permanente Drainage herzustellen. Diese knöcherne Oeffnung muss genügend weit nach oben reichen, um die Sonde unter einem rechten Winkel einführen zu können. Ein Teil des Sackes wird jetzt durch diese Oeffnung geschoben und von innen mit einer Zange entfernt. Granulationen werden am besten mit Betupfen von Argent. nitr. (40proz.) behandelt. Das Wichtigste aber ist, dass vom dritten Tage an eine Bowmansche Sonde Nr. 4 regelmässig eingeführt wird. FREUDENTHAL.

16) **Spiess** (Frankfurt a. M. **Heilung eines Falles von Meningitis nach endonasaler Operation eines Hypophysentumors durch Trypaflavininjektionen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1920. No. 8. S. 207.*

Der Fall ist besonders deswegen bemerkenswert, weil Meningitiden im Anschluss an endonasale Eingriffe bisher nicht therapeutisch zu beeinflussen und kaum je zur Ausheilung zu bringen waren.

Das Trypaflavin wurde lokal angewandt, d. h. die Wundhöhle (transseptale Methode nach Hirsch) mit Trypaflavinlösung ausgespült, die Zystenhöhle mit Trypaflavin gefüllt und durch das Septum mit Trypaflavingaze drainiert — und intravenös.

Bezüglich der Einzelheiten sei auf das Original verwiesen. R. HOFFMANN.

17) **Pinkus** und **Pick** (Berlin). **Ein Fall von Rhinosklerom mit Sektionsbefund.** *Med. Klinik. 1921. No. 9. S. 270.*

Eine aus Oberschlesien stammende Patientin war 26 Jahre lang wegen Rhinosklerom in Beobachtung und Behandlung gewesen. Der klinische Befund ergab die typischen Rhinoskleromveränderungen in Nase, Rachen und Kehlkopf, grösstenteils narbige Umwandlung. Die Autopsie bestätigte das klinische Ergebnis, es fand sich auch eine strahlige Narbe an der Zungenbasis, das Scleroma respiratorium schnitt mit dem Beginn der Luftröhre die vollkommen frei war, ab.

SEIFERT.

18) **Lautenschläger** (Berlin). **Das Problem der Ozänaheilung.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 33. H. 3.*

Verf.'s Hauptmotiv bei der operativen Behandlung der Ozäna ist nicht bloss eine Beseitigung der Borken und des Fötors, sondern die Wiederherstellung der Funktionen der Nase. Der Grad der Ozäna hängt ab von dem Grade der Schleimhaut- und Knochenveränderungen, besonders der lateralen Nasenwand. L. sieht das für die Ozäna Wesentliche in einer der chronischen proliferierenden Nebenhöhlenentzündung folgenden Fibrose der Schleimhaut, Gefässe und Knochenoberfläche. Die Verlagerung der lateralen Nasenscheidewand sowie die Aufhebung der in der Nebenhöhlenschleimhaut noch wirkenden Entzündungsvorgänge halten die Fibrose auf. Die Radikaloperation der Kieferhöhle und Siebbeinzellen zusammen mit der Verlegung der lateralen Nasenwand genügen bei frühen Ozänafällen, bei den späten jedoch geben sie keinen Schutz gegen die rezidivierende Atrophie. Während bei der gewöhnlichen eitrigen Entzündung die aus der Nasenschleimhaut in Menge ausgewanderten Lymphozyten durch den Sekretstrom abgeschwemmt werden, fehlt dieser Sekretstrom bei der Ozäna. Auf dem mehr oder weniger austrocknenden Sekret siedeln sich Bakterien an und verursachen so die fettige Zersetzung der Lymphozyten und den Fötor. Um nun den Sekretstrom neu zu beleben, leitet L. die Speichelflüssigkeit der Ohrspeicheldrüse in den lateralen Recessus der Kieferhöhle hinein und durch eine medial gelegene, mittels eines grossen Lippenschleimhautlappens offen gehaltene Fistel wieder zum Munde hinaus. Die persistierende Lippenfistel verkleinert sich so, dass der Speichelüberfluss nun auch nach der Nase überläuft. Unter dem Einfluss dieser Massnahmen sah L. gute Erfolge, Wiederaufleben der Funktionen der Nase, häufig Wiederherstellung des Geruchsvermögens und dauerndes Fortbleiben von Fötor und Borkenbildung. BRADT.

19) **Schlittler** (Basel). **Ueber Komplikationen und Lebensgefährlichkeit der Nebenhöhleneiterungen.** *Schweizer med. Wochenschr. No. 49/50.*

Eingehend erklärt Verf., dass in dem Material der Siebenmannschen Klinik zwischen 1898 und 1918 inkl. unter 21290 Nasenkranken 2225 mit Neben-

höhleneiterungen, und unter diesen letzteren streng genommen nur 3 mit tödlichem Ablauf, also mit 0,3 pCt. Mortalität in Behandlung gekommen sind. Die Gutartigkeit der Nasennebenhöhleneiterungen gegenüber denjenigen des Antrum mastoideum erklärt er damit, dass unter ersteren wegen besserer Gelegenheit zum Ablauf des Eiters unendlich weniger häufig Retention und Verbreitung des Eiters in die Dura, zum Gehirn und den grossen Blutleitern desselben vorkommen. Bei beiden Lokalisationen dieser Empyeme sind die Strepto- und Staphylokokken die einzigen in Betracht kommenden Infektionserreger.

Schwere Komplikationen sind trotz der geringen Mortalität der Nebenhöhleneiterungen nicht ganz selten, namentlich deshalb, weil die Sinusitiden von anderer Seite sehr häufig nicht anerkannt werden und zu spät in richtige Behandlung gelangen.

Diese schweren Komplikationen gehen vorwiegend von den Kieferhöhlen, aber auch von den Stirnhöhlen aus, welch' letztere einen sehr engen, oft verstopften Abflusskanal für den Eiter haben. Sie treten in Form von subduralen Abszessen der Orbitalgegend und von Sinusthrombosen auf, aus welchen sich die wenigen tödlichen Fälle zu rekrutieren scheinen. Der dentale Ursprung der Kieferhöhlenabszesse ist bei ungefähr 60 pCt. der Fälle erwiesen. Er verursacht namentlich den fötiden Eiter.

Die interessante und klare Auseinandersetzung dieser Verhältnisse hat hauptsächlich die Aufklärung der nicht spezialistischen Aerzte auf diesem Gebiete im Auge.

JONQUIÈRE.

20) **Leon E. White. Die Diagnose von Nebenhöhlenerkrankung mit Verlust des Sehvermögens. (The diagnosis of accessory sinus disease causing loss of vision.)** *The Laryngoscope. September 1920.*

Bericht über 22 Fälle von Neuritis optica retrobulbaris.

Drei Pat. wurden nicht operiert. Von diesen hatte einer ein Sarkom des Keilbeinkörpers, einer blieb blind, der dritte erlangte seine Sehkraft wieder. Von den 19 operierten Pat. wurden alle bis auf 2 gebessert. In 8 Fällen wurde das Sehen wieder normal, 20:20. Vier Pat. sahen sehr viel besser nach der Operation, bei 5 war der Gewinn minimal. In 3 Fällen war die Neuritis optica Folge von direktem Fortschreiten der Entzündung von der erkrankten hinteren Nebenhöhle auf den Nervus opticus. In 6 Fällen soll Toxämie, ausgehend von Eiter in einer Nebenhöhle, die Neuritis optica erzeugt haben. In 13 Fällen war Hyperplasie, besonders der Schleimhaut der Keilbeinhöhle, Schuld an der Erkrankung des Sehnerven. In 7 Fällen zeigte die Nasenuntersuchung keine Erkrankung. Sechsmal war der Röntgenbefund positiv. Negativer Ausfall der Röntgenuntersuchung aber ist nach des Verf.'s Meinung als keine Kontraindikation der Operation anzusehen. In allen Fällen wurde die mittlere Muschel entfernt und die Keilbeinhöhle in allen bis auf einen eröffnet. Die hintere Siebbeinzelle wird vom Verf. regelmässig in allen Fällen eröffnet. Wenn nicht der Infektion verdächtig, werden die übrigen Nebenhöhlen nicht eröffnet, und vollständige Siebbeinausräumung scheint in den meisten Fällen unnötig. Bei der Mehrheit der Pat. ergab die Eröffnung der Keilbeinhöhle nur Hyperplasie der Schleimhaut, trotzdem soll die postoperative Wen-

dung zu besserem Sehen in fast allen Fällen so auffallend gewesen sein, dass White den Ausspruch für berechtigt hält, dass man trotz gänzlich negativem Untersuchungsbefund in allen Fällen von beginnender Neuritis optica retrobulbaris zum wenigsten die mittlere Muschel entfernen, die hinteren Siebbeinzellen und meistens auch die Keilbeinhöhle eröffnen soll.

Histologisch liess sich die entfernte hyperplastische Schleimhaut aus den erkrankten Nebenhöhlen nicht erfolgreich untersuchen, da die Stückchen zerrissen waren.

O. T. FREER.

21) **Bruch. Klinische und pathologische Beiträge zu den Erkrankunges der oberen Luftwege und des Ohres. VIII. Sektionsbefunde an Mittelohr und Nasennebenhöhlen während der Grippeepidemie von Februar bis April 1920.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 10.*

Die Befunde entstammen dem Material der beiden städtischen pathologischen Anstalten zu Dresden (Geh. Rat Schmorl und Prof. Geipel). Von 94 genau untersuchten Fällen wiesen 75pCt. Erkrankungen der Nebenhöhlen und 21 pCt. des Mittelohres auf. Von den Nebenhöhlen war am häufigsten die Kieferhöhle erkrankt, dann die Keilbeinhöhle, am seltensten die Stirnhöhle. In mehr wie der Hälfte der Fälle handelte es sich um kombinierte Nebenhöhlenerkrankung, entsprechend dem septischen Charakter der Erkrankung.

Histologisch handelt es sich in den meisten Fällen um eine exsudativ-hämorrhagische, seltener um eine eiterige Entzündung der Schleimhaut, jedoch differiert dies nach der Höhle; so überwiegen bei der Kieferhöhle die eiterigen Entzündungen über die katarrhalischen, während bei der Stirnhöhle das umgekehrte Verhältnis besteht. Der Infektionsweg scheint fast immer hämatogen zu sein, wofür der Umstand spricht, dass im Milzpunktat verschiedene Male grampositive Diplo- und Streptokokken gefunden wurden.

Bakteriologisch ist bemerkenswert, dass am häufigsten Diplokokken, in langen und kurzen Ketten wachsende Streptokokken, Influenzastäbchen, Staphylo- und Mikrokokken vorkommen. Noch häufiger handelt es sich um Mischinfektionen mit verschiedenen Stämmen. Die Bakterien konnten auch histologisch in der Schleimhaut der Nebenhöhlen nachgewiesen werden, wo sie oft in Unmassen vorkommen.

SCHLITTLER.

22) **A. E. Mills. Bronchitis infolge Antrumempyem. (Bronchitis due to empyema of the maxillary antrum.)** *Med. Journ. of Australia. 22. Mai 1920.*

Verf. teilt die Krankengeschichten von 3 Fällen im Alter von 6, 9 und 14 Jahren mit, in denen seit frühester Kindheit Bronchitis bestand; in allen wurde aus Nase und Nasenrachen schleimig-eitriges Sekret abgesondert, weswegen M. konsultiert wurde. Er fand in allen 3 Fällen beide Highmorshöhlen voller Eiter. Das allen Fällen gemeinsame Symptom war ein kurzer, lockerer Husten, der den Eindruck machte, als ob ständig Schleim im Halse vorhanden sei, der nur teilweise entfernt wurde. M. glaubt, dass in diesen Fällen die Bronchitis das Primäre war und dass, als sie anhielt, die Antra ebenso infiziert wurden wie die übrigen Teile des Respirationstraktes. Behandlung einer solchen Bronchitis hat bei dem

Antrumempyem zu beginnen; die Prognose ist gut, wenn die Quelle der Infektion entdeckt und beseitigt wird.

FINDER

23) **Paul Ehmke. Ueber die Ergebnisse der Barth'schen Stirnhöhlenoperation.** Aus der chir. Abt. des städt. Krankenhauses Danzig. *Diss. Greifswald 1920.*

Bericht über 25 Fälle. Die Barthsche Methode besteht bekanntlich in einer osteoplastischen Resektion mittels Durchmeisselung des Proc. nas. oss. front. unterhalb der Trochlea und des Proc. nas. oss. max. in der Höhe der Apertur. Zwischen diesen beiden Linien wird in einem leicht von der Mittellinie fortführenden Bogen vom Nasenrücken aus der Periostknochenlappen durchtrennt. — Die Methode hat den Vorzug guten kosmetischen Resultats, andrerseits aber den Nachteil, dass ein Ueberblick über weitbuchtige Höhlen sehr erschwert ist. Auch dürfte die Narbe auf dem Nasenrücken wohl nicht immer dauernd schwinden.

DREYFUSS.

24) **T. Passmore Berens. Gehirnabszess nach chronischer Stirnhöhleneiterung. Bericht eines Falles. (Brain abscess from chronic suppuration of the frontal sinus. Case report.)** *The Laryngoscope. August 1916.*

Ein 30jähriger Mann hatte seit mehreren Wochen Schmerzen über dem rechten Auge und einen reichlichen eitrigen Ausfluss aus dem rechten Nasenloch, welcher seit mehreren Jahren bestand. Im Januar 1812 wurde alle Nebenhöhlen der rechten Seite eiternd gefunden und sie wurden von aussen geöffnet mit Einschluss der Keilbeinhöhle. In der Stirnhöhle war die Tabula interna an einer kleinen Stelle durchlöchert und die Dura lag bloss. Trotzdem heilte die Wunde aus. Im Juli 1914 wurde die rechte Kieferhöhle wieder eröffnet und von angesammeltem Eiter gereinigt. Im Januar 1916 bekam der Pat. starken Kopfschmerz und die Narbe über der rechten Stirnhöhle wölbte sich vor. Deshalb wurde die alte Stirnwunde wieder aufgemacht und die Sonde stiess auf eine Perforation im Dach der Stirnhöhle, indem sie $2^1/_8$ Zoll nach aufwärts in die Schädelhöhle eindrang. Die Oeffnung wurde erweitert und mit einem Rosshaardrain für Abfluss gesorgt. Später wurde ein Gummidrain eingeführt. Die Wunde heilte wieder nach drei Monaten aus und der Pat. genas trotz des Hirnabszesses.

Der Verf. glaubt, dass der Pat. wochen- oder monatelang eine grosse Eiterhöhle im Stirnlappen trug, aus welcher der Eiter in die Nasenhöhle abfloss. Gehirnsymptome gab es keine. Der Pat. war vollständig arbeitsfähig.

O. T. FREER.

c) Mundrachenhöhle.

25) **Meyer** (Harburg). **Ueber extragenitale Primäraffekte während der Kriegsjahre 1914—1918 mit besonderer Berücksichtigung der Tonsillarprimäraffekte.** *Derm. Wochenschr. No. 8. 1921.*

Während der Kriegsjahre 1914—1919 hat nach dem Krankenmaterial im Krankenhause St. Georg eine Zunahme der extragenitalen Primäraffekte stattgefunden, durchschnittlich betrug die Prozentzahl der extragenitalen Primäraffekte bei Frauen 3,38 pCt., bei Männern 1,50 pCt. An den einzelnen Stellen verteilen sie sich folgendermassen: Lippen 50, Zunge 2, Tonsillen 28, Finger 4, Kinn 2.

SEIFERT.

26) **Hermann Rudolf Friedemann. Der syphilitische Primäraffekt an der Zunge.** Aus der dermatol. Klinik Leipzig. *Diss. Leipzig 1920.*

Beschreibung von 7 Fällen unter Beigabe der Bibliographie der letzten 10 Jahre (1909—1919). DREYFUSS.

27) **Karl Weise. Ueber den syphilitischen Primäraffekt an den Mundlippen.** Aus der dermatol. Klinik Leipzig. *Diss. Leipzig 1920.*

Kasuistik von 132 Fällen unter Beigabe einer Statistik über Lokalisation und Multiplizität der Sklerosen, des Geschlechts, Alters und Berufs der Kranken und des klinischen Verlaufs. DREYFUSS.

28) **G. E. Pfahler** (Philadelphia). **Die am Munde lokalisierten malignen Erkrankungen und ihre Behandlung durch kombinierte Methoden.** *Derm. Wochenschr. 9. Oktober 1920.*

Jede Läsion im Bereiche des Mundes, welche nicht binnen wenigen Wochen Neigung zum Heilen erkennen lässt, soll man als suspekt auf Malignität ansehen und bei bestehendem Zweifel alsbald zerstören oder abtragen. Röntgenbestrahlung mit Tiefenwirkung soll zur Ergänzung bei jeder anderen Art der Zerstörung oder Abtragung von maligner Erkrankung angewandt werden. Die Verbindung von chirurgischen Operationen mit elektrothermaler Koagulation, Radium und tiefer Röntgentherapie bewirkt Heilung bei manchen Patienten, welche sonst verloren sind. SEIFERT.

29) **Gustav Reifferscheid. Ueber ungewöhnliche Ausbreitung des Krankheitsprozesses bei Stomatitis maculo-fibrinosa.** Aus der Univ.-Kinderklinik Greifswald. *Diss. Greifswald 1920.*

3 Fälle, davon 2 bei Geschwistern. Aphthen an Konjunktiven, Wangenschleimhaut und Zahnfleisch, in einem Falle auch an der Vulva. Bakteriologisch Staphylo- und Pneumokokken. Therapie: Betupfen der Konjunktivalaphthen mit 2proz. Argent. nitr., der Mundschleimhaut mit 5proz. Chlorzink. DREYFUSS.

30) **Hermann Blumenthal. Beitrag zur Kasuistik der Epulis.** Aus der chir. Klinik Göttingen. *Diss. Göttingen 1920.*

43 Fälle aus den Jahren 1893—1914 mit Nachuntersuchung nach vielen Jahren. Ausserdem tabellarischer Ueberblick über die frühere Literatur, welche ergibt, dass die Frauen überwiegend (319 zu 117 Männern) dazu disponiert sind.

DREYFUSS.

31) **Kohrs** (Kiel). **Einige Fälle von Krysolganstomatitis.** *Derm. Wochenschr. No. 9. 1921.*

In 3 Fällen trat nach Krysolganinjektionen eine Stomatitis auf, in 1 Falle neben einem spezifischen Exanthem. In dem Bestehen von kariösen Zahnstümpfen, Alveolarpyorrhoen oder in dem Mangel gründlicher Zahn- und Mundpflege wird das auslösende Moment für eine Krysolganstomatitis gesehen. SEIFERT.

32) **Heinrich Hammer** (Potsdam). **Ueber follikuläre Zahnzysten.** *Diss. Berlin 1920.*

Die lesenswerte Arbeit, die an der Hand von 7 Fällen aus der Universitäts-Zahnklinik Berlin und unter Beigabe von 24 Röntgenaufnahmen ein abschliessendes Bild über diese Erkrankung bietet, kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Follikularzyste entwickelt sich im Follikel der retinierten Zahnanlage (Broca-Magitot) und nicht aus den paradentären Epithelresten (Malassez).

Das Primäre ist die Retention des Zahnes.

Es bildet sich dann zunächst nur in einem Teil des Zahnsäckchens ein Keimfeld, aus dem sich die primäre Zyste entwickelt.

Erst allmählich bezieht diese primäre Zyste den ganzen Follikel mit ein.

Die Gründe, die zur Bildung der Follikularzysten führen, sind noch unbekannt. Vor allem ist die individuelle Disposition anzuschuldigen. Als Gelegenheitsursache kommt Trauma in Betracht.

DREYFUSS.

33) **Edgár M. Holmes. Durchbruch eines Aneurysmas in das Mediastinum und die tiefe Halsfaszie mit Symptomen der Angina Ludovici. Bericht über drei Fälle. (Ruptured aneurysm into the mediastinum and deep cervical fascia with symptoms of Ludwigs angina. Report of three cases.)** *The Laryngoscope. Oktober 1916.*

Erster Fall: Ein 58 jähriger Mann mit Aneurysma aortae hatte eine plötzliche Anschwellung des Halses vom Unterkiefer bis zum Schlüsselbein. Die Haut war dunkelrot. Das linke Stimmband stand in Kadaverstellung. Tod durch Berstung des Aneurysmas mit starkem Blutausfluss aus dem Munde.

Im zweiten Fall, bei einem 60 jährigen Mann, folgte auf einen Anfall von Brustschmerz Heiserkeit, Dyspnoe und starke Halsanschwellung, welche wie ein grosser Kropf aussah. Die Haut des Halses war rot und gab dem Finger das Gefühl einer Zellgewebsentzündung. Es bestand ein Adduktorenkrampf des linken Stimmbandes, durch welchen das Stimmband über die Mittellinie hinausgezogen und dort festgehalten wurde. Dieser Krampf verschwand später. Tod durch Berstung der Aorta transversa in das Mediastinum.

Im dritten Fall, bei einem 46 jährigen Mann, war der weiche Gaumen, das Gewebe unter der Zunge und die Epiglottis stark angeschwollen mit grosser Anschwellung der vorderen Halsgegend. Hier wurde die Diagnose Angina Ludovici gestellt und diese Diagnose wurde durch leichtes Fieber noch wahrscheinlicher gemacht. Tod durch Aneurysmaruptur.

In allen drei Fällen war das Aussehen der vorderen Halsgegend dem der Angina Ludovici täuschend ähnlich.

O. T. FREER.

34) **C. Caldera. Gaumensegellähmung als direkte Folge einer Vincentschen Angina. (Paresi del velo pendule quale reliquato diretto da angina ulcero-necrotica di Vincent.)** *Boll. d. mal. dell' orecchio etc. No. 1. 1921.*

Es handelte sich um eine einseitige Gaumensegellähmung, und zwar war dieselbe Seite gelähmt, auf der die Angina Vincenti gesessen hatte. Verf. glaubt jedoch nicht, dass es sich hier um eine myopathische Gaumenlähmung gehandelt habe, sondern denkt vielmehr an eine neurotrophische Veränderung der Nervenfasern im Gaumensegel.

CALAMIDA.

35) **J. Brunetti** und **P. Minassian. Ueber einen Fall von Ulzeration zweifelhafter Natur der hinteren Rachenwand. (Sopra un caso di ulcerazione di dubbia natura della parete posteriore della faringe.)** *Boll. d. mal. dell' orecchio etc. Dezember 1920.*

Mikroskopische Untersuchung eines Stückchens sprach mehr für ein syphilitisches Granulom als für Tuberkulose. Zweimalige Untersuchung auf Wassermann ergab negatives Resultat. Intravenöse Injektionen von Neosalvarsan brachten Heilung. Verff. kommen zu dem Schluss, dass man bei Affektionen zweifelhafter Natur in erster Linie immer an Lues denken und immer zur Salvarsanbehandlung schreiten müsse.

CALAMIDA.

36) **G. Finder** (Berlin). **Ueber Naevi des Pharynx.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 33. H. 3.*

Unna definiert die Naevi als hereditär veranlagte oder embryonal angelegte, zu verschiedenen Zeiten des Lebens sichtbar werdende und äusserst langsam sich entwickelnde, durch Farbe und Form der Oberfläche auffallende kleine Missbildungen der Haut. Finder lässt für die isolierten Gefässneubildungen der Schleimhaut die Bezeichnung des Naevus vasculosus ganz fallen und behält den Ausdruck nur bei für die nicht progressiven, meist flächenhaft auftretenden und streng einseitig begrenzten einfachen Angiome der Schleimhaut, bei denen gleichzeitig ein analoges Feuermal an der Haut der entsprechenden Gesichts- oder Halsseite vorhanden ist. Nach kurzer Literaturübersicht beschreibt Finder einen Fall von Naevus linearis der rechten Wange, der von der Mitte der Oberlippe auf den Alveolarfortsatz übergeht, zwischen den oberen Schneidezähnen hindurchtritt und in Form eines Naevus verrucosus s. papillomatosus genau in der Mittellinie des harten und weichen Gaumens verläuft, über die Vorderfläche der Uvula fortzieht und von dieser dann noch in Form einer frei beweglichen Geschwulst bis über den freien Rand der Epiglottis herabhängt. F. spricht den Naevus als eine Entwicklungsstörung an.

BRADT.

37) **Hubert Arrowsmith. Ausgebreitetes diabetisches Rachen- und Kehlkopfgeschwür. (Diffuse diabetic ulceration of the pharynx and larynx.)** *The Laryngoscope. September 1916.*

Bei der Diagnose wurden Lues, Tuberkulose und die Angina von Plaut-Vincent ausgeschlossen. Die geschwürige Fläche war auf dem weichen Gaumen, dem Kehldeckel und der linken aryepiglottischen Falte ausgebreitet, sie war oberflächlich und granulierte stark. Verf. wurde auf die Diagnose hingelenkt durch die ausgezeichnete Arbeit von Freudenthal (Annals of otology, Nov. 1899), welcher 5 Fälle beschrieb, und einen Fall, welchen er selbst mit Benjamin J. Westbrook sah. Sonst sind keine Fälle in der Literatur zu finden, und der von Arrowsmith ist also der siebente.

O. T. FREER.

38) **Ernst Knöll. Beitrag zur Klinik der Pulsionsdivertikel.** Aus der chir. Klinik Giessen. *Diss. Giessen 1920.*

Klinische und histologische Beschreibung eines operierten Falles von einem 61 jährigen Mann. Beigefügt ist der anatomische und histologische Befund eines

54jährigen Mannes, bei dem bei der ersten Sondierung der Divertikelboden perforiert worden war, welches Missgeschick ad exitum geführt hatte. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung führt K. die Entwicklung der Pulsionsdivertikel, die sich fast ausnahmslos bei älteren Männern finden, auf eine schwielige Fixierung der Schleimhaut der Vorderwand des Speiseröhrenmunds an die Ringknorpelplatte zurück. Hierdurch entsteht eine Stenose, die zu einem Ueberdruck oberhalb führt. Sobald dann einige Fasern des Constrictor pharyngis inferior auseinanderweichen, ist die Veranlassung zu einer Schleimhauthernie und damit zur Divertikelbildung gegeben. DREYFUSS.

39) **Reiche** (Hamburg). **Zum gehäuften Auftreten der Plaut-Vincentschen Angina.** *Med. Klinik. No. 10. 1921.*

Aus 193 Beobachtungen echter Plautscher Anginen und Stomatitiden, die seit 1904 verfolgt werden konnten, erscheint die herrschende Ansicht von der Harmlosigkeit der Affektion verständlich, wenn auch vereinzelte schwere und selbst letale Störungen getroffen wurden: nephrotische Reizungen, myokardiale Alterationen und Lähmungen peripherer Nerven. SEIFERT.

40) **Heck** (Berlin). **Ueber die Zunahme der Plaut-Vincentschen Angina.** *Med. Klinik. No. 12. 1921.*

Die Zunahme der Plaut-Vincentschen Angina hat sich gegenüber dem Jahre 1919/20 noch ganz erheblich gesteigert, so dass die Zahlen für die einzelnen Monate sich mehr als verdoppelt haben. Die Beobachtung, dass das 20.—30. Lebensjahr eine Bevorzugung erfährt, kann aus dem vorliegenden grossen Material bestätigt werden. Als disponierende Ursachen wirken die Häufigkeit der Unterernährung und der Rückgang der Körperpflege, der bedingt ist durch Mangel an Reinigungs- und Heizmitteln. SEIFERT.

41) **Coulet. Ein tödlicher Fall von Tonsillarabszess.** *Rev. de laryng., d'otol. et de rhinol. 31. Januar 1921.*

C. berichtet über einen Fall von Tonsillarabszess, wahrscheinlich im Anschluss an Influenza, der bei dem vorher gesunden kräftigen 20jährigen Mann innerhalb von 4 Tagen infolge einer Mediastinalinfektion zum Tode führte. Die Autopsie ergab einen grossen Abszess in der rechten Tonsille, Zellgewebsentzündung aussen am Halse, sero-purulente Pleuritis mit ausgesprochener Degeneration des Perikardialsackes. FINDER.

42) **Graham Brown** und **E. Kent-Hughes. Tonsillektomie als Mittel der Behandlung bei Diphtherieträgern. (Tonsillectomy as a means of treatment in diphtheria carriers.)** *Med. Journ. of Australia. 17. April 1920.*

Die Gesundheitsvorschriften des Staates Queensland schreiben vor, dass die Entlassung nach Diphtherie erst erfolgen darf, wenn drei Abstriche hintereinander, die in nicht grösseren Intervallen als 48 Stunden vorgenommen wurden, negativ ausgefallen sind. Vor der jetzt geübten Art der Behandlung mittels Tonsillektomie und Adenektomie blieben die Patienten durchschnittlich 190 Tage im

Krankenhaus, bevor sie für frei von Diphtheriekeimen erklärt werden konnten, und einige kehrten mit Rückfällen wieder. Während des Jahres 1919 wurden über 190 Fälle operiert mittels Tonsillektomie ntch Sluder's Methode. Der Nasenrachen wurde von adenoiden Vegetationen sorgfältig ausgeräumt. Die durchschnittliche Zeit, in der nach der Operation die drei Ausstriche negativ wurden, betrug 10 Tage.

Wenn, wie sich bei Untersuchung der entfernten Tonsillen zeigte, Nester von Diphtheriebazillen im Grunde der Krypten nahe der Kapsel waren, so war es klar, dass Versuche einer Oberflächendesinfektion keinen Nutzen haben konnten.

FINDER.

43) **P. Sebileau. Die Karotiden und die foudroyanten Blutungen bei Tonsillektomie. (Les artères carotides et les hémorrhagies cataclysmiques de l'amygdalectomie totale.)** *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. Jan. 1921.*

S. hat bei einem Kinde, das von anderer Seite operiert worden war und das unmittelbar nach einer Tonsillektomie an einer foudroyanten Blutung zugrunde gegangen war, eine Autopsie gemacht, von deren Ausfall das gerichtliche Verfahren gegen den Arzt abhing. Er injizierte die beiden Karotiden und die Vena jugularis interna mit drei verschiedenen Farbmassen und konnte so zweifellos feststellen, dass ein Stück von der Wand der Carotis interna fortgeschnitten war. Der unglückselige Vorgang hatte sich so abgespielt: Der Arzt hatte bei der Ausschälung den oberen Pol der Tonsille stehen lassen, er ging bei dem sich heftig sträubenden Kind blindlings ein, kam hinter die Tonsille und schnitt den hinteren Gaumenbogen fort. Verf. gibt eine genaue Beschreibung der Beziehungen der verschiedenen Gefässe zur Tonsillarbucht. In der Literatur hat S. ungefähr 8 Fälle aufgefunden, bei denen zwar nicht durchgängig erwiesen ist, dass die Blutung aus der Karotis stammte, bei denen aber doch die Heftigkeit der Blutung für diese Annahme spricht; ferner hat er 6 Fälle zusammengestellt, in denen die Karotis bei Inzision eines Peritonsillarabszesses verletzt wurde.

FINDER.

44) **G. Hofer. Ein neues Instrument zur direkten Epipharyngoskopie.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Oktober 1920.*

Es handelt sich um ein hakenförmiges Instrument, mittels dessen der weiche Gaumen mit der Uvula nach oben gedrückt wird, ähnlich wie beim Gebrauch des Hakens von Lindt (Lieferant Firma H. Reiner, Wien).

SCHLITTLER.

d I) Kehlkopf und Luftröhre.

45) **M. Weingärtner** (Berlin). **Beitrag zu den angeborenen Missbildungen des Kehlkopfes.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 33. H. 3.*

Man unterscheidet die Spaltbildungen der Epiglottis und die membranartigen Stenosierungen des Larynxlumens, besonders im Stimmlippengebiet. Bei Membranen unterscheidet man solche, die 1. einen partiellen Verschluss des Larynxlumens, 2. einen totalen Verschluss bewirken. Die partiellen Verschlüsse können entweder von der vorderen Kommissur oder von der Hinterwand ausgehen oder Varietäten darstellen. W. beschreibt 2 Fälle einer von der vorderen Kommissur

ausgehenden Membran sowie einen Fall von Spaltbildung der Epiglottis. Einer der beiden ersten Fälle verdient dadurch noch besondere Erwähnung, dass bei einem 24 Stunden alten Kinde die Schwebelaryngoskopie vorgenommen wurde. Es handelt sich um kongenitale Missbildungen, in welcher Annahme man oft noch durch das Vorhandensein anderweitiger Anomalien bestärkt wird. Ausführlicher Literaturbericht ist beigefügt.

BRADT.

46) **Joseph Cohen** (Cöln). **Ueber eine mit der Schlinge entfernte Zyste des Ventriculus Morgagni.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 10. S. 41.*

Verf. fand unter 154 bis jetzt beschriebenen Fällen von Zystenbildung im Kehlkopf nur 13 mit Ausgang vom Mórgagni'schen Ventrikel. Die von ihm mittels der Glühschlinge entfernte Zyste hatte eine Grösse von 20:15:10 mm, sie füllte also die Glottis fast völlig aus, so dass ein bedeutendes Atmungshindernis bestand. Bei der histologischen Untersuchung erwies sich der Tumor als Retentionszyste einer durch ein Abflusshindernis verstopften und dadurch erweiterten Schleimdrüse des Ventr. Morgagni.

SCHLITTLER.

47) **E. Chabrol, L. Dufourmantel** und **Michel. Eine aussergewöhnliche Ursache kombinierter Kehlkopflähmung, die peritonsilläre Phlegmone. (Une cause exceptionelle des syndromes rétro-parotidiens, le phlegmon péri-amygdalien.)** *Paris médical. 12. März 1921.*

47jähriger, extrem abgemagerter Mann befindet sich im Hôtel Dieu und kann seit 14 Tagen nicht die geringste Nahrung schlucken; bei jedem Versuch dazu kommt die Nahrung explosiv aus Mund und Nase wieder heraus. Die Sache hatte mit einer gewöhnlichen linksseitigen Peritonsillitis angefangen; nachdem eine grosse Menge Eiter sich spontan entleert hatte, verschwanden zwar die Schmerzen, aber die Dysphagie blieb bestehen, so dass er gar keine Nahrung zu sich nahm und zusehends abmagerte. Bei der Aufnahme in das Hôtel Dieu waren seit Beginn der Erkrankung 4 Wochen vergangen. Man konstatierte eine Lähmung des linken M. trapezius und sternocleidomastoideus, ferner des linken N. hypoglossus, ferner Lähmung des Gaumensegels, doppelseitige Rekurrenslähmung (die Stimmlippen standen unbeweglich nahe der Mittellinie); ferner war die Sensibilität im Rachen erheblich herabgesetzt. Es handelt sich also um: doppelseitige Lähmung des Glossopharyngeus, Lähmung des Vagus, hauptsächlich links, Lähmung des N. accessorius links, Lähmung des Hypoglossus links. Der Schwächezustand des Pat. war so hochgradig, dass alle Versuche, ihn am Leben zu erhalten, scheiterten; er starb nach einigen Tagen. Es waren also die letzten vier Hirnnerven beteiligt. Verf. führt die Lähmung in diesem Fall auf eine Neuritis infolge der Entzündung in der Nachbarschaft zurück.

FINDER

48) **Reverchon** und **Worms. Kehlkopfstörungen bei Encephalitis lethargica. (Troubles laryngées de l'encéphalite léthargique.)** *L'oto-rhino-laryngol. internat. Januar 1921.*

Beobachtet wurden 1. asthenische Aphonien, 2. isolierte laryngeale Paralysen und 3. kombinierte laryngeale Paralysen.

SCHLITTLER.

49) **F. Reuter** (Frankfurt). **Der heutige Stand der Goldtherapie der Tuberkulose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jahrg. 54. S. 1060.*

Verf. berichtet über günstige Erfahrungen, welche an der Klinik von Geheimrat Spiess in Frankfurt a. M. unter Anwendung von Krysolgan namentlich bei Lungen- und Pharynxtuberkulose und Lupusfällen gemacht worden sind. Empfohlen wird die Kombination dieses Mittels mit Alttuberkulin in der Weise, dass zuerst Krysolgan in steigenden Dosen von 0,025 bis 0,2 intravenös eingespritzt wird unter sorgfältiger Beobachtung der Reaktion. Sobald auf die Goldinjektionen keine Reaktion mehr auftritt, wird 0,1 mg Alttuberkulin subkutan eingeführt und diese Dose täglich gesteigert, bis eine deutliche Reaktion auftritt. Nach Ablauf von 12—24 Stunden wird dann Krysolgan 0,1 nachgespritzt, welches die durch Alttuberkulin hervorgerufene Herdreaktion und Fiebererscheinung prompt zum Abklingen bringt. Die Wirkung des Krysolgans besteht wahrscheinlich in einer Beschleunigung des natürlichen Heilungsvorganges, d. h. in der Einschmelzung des tuberkulösen Gewebes und starker Vermehrung des Bindegewebes, so dass der tuberkulöse Krankheitsherd mit einem festen Wall umgeben wird. SCHLITTLER.

50) **Erwin Spamer** (Frankfurt). **Ein Fall von Primärkarzinom der Epiglottis bei Vergiftung durch französisches Kampfgas.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 10. S. 44.*

Ausführliche anatomische Untersuchung und Beschreibung eines Falles von Verätzung der Luftwege durch Kampfgas bei einem 30jährigen, früher ganz gesunden Soldaten. Am Kehldeckel fand sich ein Ulkus am freien Rand, an der Hinterfläche eine weisse, fast linsengrosse derbe flache Vorragung, welche sich bei der histologischen Untersuchung als Plattenepithelzellenkarzinom erwies. Da im übrigen Körper sich kein Karzinom nachweisen liess, die Epiglottiskarzinome sehr selten und bisher nur bei Leuten im vorgerückten Alter beobachtet worden sind, so hält Verf. einen ätiologischen Zusammenhang mit der Gasverätzung für sehr wahrscheinlich, analog der Krebsbildung bei Anilin- und Paraffinarbeitern usw.

SCHLITTLER.

51) **Cornelius G. Coakley. Kehlkopfepitheliom mit Radium behandelt. (Epithelioma of the larynx treated with radium.)** *The Laryngoscope. Oktober 1916.*

Ein 71jähriger Mann hatte ein Epitheliom des rechten Stimmbandes. Mikroskopisch bestätigte Diagnose. Bedeutende Besserung wurde durch Anlegung von Radium an die Aussenfläche des Kehlkopfs erzielt. (Es muss bedacht werden, dass dieser Aufsatz von 1916 datiert und dass dieser Patient 1913 behandelt wurde, so dass dieser Fall einen der ersten Versuche mit Radium bei Kehlkopfkrebs darstellt. Heutzutage würde Verf. jedenfalls das Radium auch im Inneren des Kehlkopfs angelegt haben. Ref.). O. T. FREER.

52) **T. Hoskins. Totalexstirpation des Kehlkopfes bei Karzinom. (Complete exstirpation of the larynx in carcinoma.)** *Annals of otol. Vol. 38. 2. Juni 1919.*

Verf. hat 41 Fälle von Kehlkopfkrebs behandelt; bei 16 davon hat er die Totalexstirpation ausgeführt. Die Operationen wurden in Lokalanästhesie mit ½proz. Novokainlösung ausgeführt; die Zervikalnerven wurden hinter dem M. sternocleidomastoideus jederseits blockiert und ebenso wurden die N. laryngei

sup. blockiert. Es wird eine mediane Inzision mit zwei Kreuzschnitten bevorzugt. Verf. empfiehlt, die Trachea durch eine besondere Inzision an die Oberfläche zu bringen. Verf. legt grosses Gewicht auf die Pharynxnaht; er legt zwei Reihen von Lembertnähten an, die nicht ganz durch die Schleimhaut hindurchgehen. Was die Nachbehandlung anbelangt, so ist es wichtig, den Nasenrachenraum häufig auszuwaschen, da Pat. unfähig ist, ihn selbst zu reinigen. Ein künstlicher Kehlkopf ist unnötig; Patienten können leicht flüstern, wenn sie einen einfachen Gummischlauch, der von der Trachea ausgeht, im Mundwinkel halten. Von den 16 Operierten traten bei 8 Rezidive auf, 8 blieben frei. Zwei Fälle waren bereits recht weit vorgeschritten.

FINDER.

53) **Ferreri. Die Bedingungen der Atmung, des Kreislaufs und der Phonation bei Kanülenträgern und bei Laryngostomierten.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 33. H. 1/2. S. 230.*

F. zeigt durch eine Reihe von Untersuchungen, dass die Laryngostomie der konservativen Behandlung bei Larynxstenosen überlegen ist, vor allem auch vor der Dauerkanüle Vorzüge hat. Bei Kanülenträgern ist die Atmung insofern von der Norm abweichend, als alle präinspiratorischen Bewegungen fehlen. Die Kraft der Atemmuskulatur ist geringer als beim Normalatmenden. Sie beträgt inspiratorisch keine 100 mm und exspiratorisch keine 150 mm Quecksilberdruck, Werte, die das normale Mittel darstellen. Auch die Herztätigkeit wird bei Dauerkanülenträgern beeinflusst. Schon Anstrengungen, Erregungen und ähnliche Momente, die auf den Gesunden gar nicht einwirken, erhöhen oder vermindern die Herztätigkeit. All diese Umstände treten nicht ein bei Laryngostomie mit nachfolgender Plastik. Hierbei kann auch die Phonation, wenn die Operation gut ausgeführt ist, wieder vollkommen hergestellt werden, wozu allerdings längere Zeit erforderlich ist.

BRADT.

54) **A. Seiffert** (Berlin). **Indirekte Laryngoskopie im aufrechten Spiegelbilde.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 33. H. 3.*

Verf. beschreibt ein von ihm angegebenes Prisma, um das laryngoskopische Spiegelbild in ein aufrechtes zu verwandeln. Das Prima ist hinter dem Reflektor angebracht und kann allein durch die Blickrichtung ein- und ausgeschaltet werden. Aehnliche Vorrichtungen wurden bereits durch Hirschberg und Katzenstein vorgeschlagen.

BRADT.

55) **Claoué** (Bordeaux). **Ein Instrument zur direkten Laryngoskopie.** *L'oto-rhino-laryng. internat. Januar 1921.*

Das vom Verf. konstruirte Laryngoskop wird an Hand einiger Abbildungen beschrieben und seine Anwendung demonstriert. Es beruht in der Hauptsache auf denselben Prinzipien, wie das von van Struyken und wird zweifellos wie dieses in gewissen Fällen ausgezeichnete Dienste leisten. Die Beleuchtung erfolgt entweder mit der elektrischen Sirnlampe oder mittels einer in den Apparat eingebauten kleinen Lampe. Bezugsquelle und Preis sind nicht angegeben.

SCHLITTLER.

56) **Marschik. Tracheomalazie.** Ges. der Aerzte zu Wien, Sitzung v. 24. Oktober 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 7. S. 199. 1920.*

Tracheomalazie und Tracheotomie wegen Diphtherie. M. machte in diesem Falle eine gelungene Trachealplastik mit Zuhilfenahme des Rippenknorpels vom Arcus costarum und dem Perichondrium. In der Diskussion erwähnt Hajek, dass er zu gleichem Zweck den Rand des Darmbeinkammes verwandte. R. HOFFMANN.

57) **C. A. Hedelom. Fremdkörper dentalen Ursprungs in einem Bronchus; Lungenkomplikation. (Foreign bodies of dental origin in a bronchus; pulmonary complication.)** *Annals of Surgery. Mai 1920.*

In den letzten vier Jahren hat Verf. 7 Fälle von Lungeneiterung nach Zahnoperationen gesehen. In 2 Fällen wurde der Zahn spontan herausgebracht; in einem wurde er durch eine Thorakotomiewunde entfernt, in einem wurde er bei der Sektion gefunden und in einem Fall war kein Fremdkörper auffindbar. Verf. hat ausserdem aus der Literatur 45 Fälle gesammelt und gibt eine Analyse der gesamten 52 Fälle. In 37 Fällen handelt es sich um einen Zahn im Bronchus, in 4 Fällen um einen künstlichen Zahn. Der Fremdkörper war im rechten Bronchus in 21 Fällen, im linken in 19 und in beiden in einem Falle. In 26 Fällen geschah die Aspiration des Fremdkörpers bei allgemeiner Narkose, und zwar in 11 Fällen bei Lachgas, in 11 bei Aether, in 3 bei Chloroform und in 4 Fällen, in denen überhaupt keine Narkose angewandt wurde. In 16 Fällen erfolgte keine ernstliche Lungenkomplikation, während in 36 Eiterung eintrat. In den 36 komplizierten Fällen war eine latente symptomlose Periode bei 15 und zwar dauerte diese latente Periode bis zu 7 Monaten. In 29 Fällen war Husten das prädominierende Symptom, in 8 Blutungen, in 11 Brustschmerzen. 14 von den 36 Lungenfällen starben, 16 genasen völlig. Von den 14 Fällen, in denen der Fremdkörper entfernt wurde, genasen 7, während 3 starben. In allen tödlich verlaufenen Fällen war der Fremdkörper lange Zeit im Bronchus gewesen. Der Fremdkörper wurde spontan ausgestossen in nur 3 von 13 vor Einsetzen der Eiterung und in 13 von 33 nach Einsetzen der Eiterung. FINDER.

58) **G. Tapia** (Madrid). **Ueber einen Fall von Fremdkörper im rechten Bronchus bei einem $2^1/_2$ Monate alten Mädchen, welches durch stomatodiale Bronchoskopie entfernt wurde.** *Arch. f. Rhinol. u. Laryng. Bd. 33. H. 3.*

Bei einem $2^1/_2$ Monate alten Mädchen entfernte T. mühelos ein Eichenblatt per bronchoscopiam. Für die Bronchoskopie per os schlägt er die Bezeichnung stomatodiale, für die nach vorangegangener chirurgischer Operation das Wort traumatodiale Bronchoskopie vor. BRADT.

d II) Stimme und Sprache.

59) **Emil Fröschels** (Wien). **Stottern und ähnliche Sprachstörungen im Heeresdienst.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jahrg 54. S. 1057.*

Die Publikation bildet eine Entgegnung auf einen von Friedrich Seyferth, aus der Gutzmann-Schule hervorgegangenen und in der Zeitschr. für

exp. Phonetik 1919 erschienenen Aufsatz und bezieht sich auf mehrere prinzipiell verschiedene Anschauungen der Berliner und Wiener Schule in der Pathogenese genannten Leidens.

SCHLITTLER.

60) **Barth** (Berlin). **Rückblick auf Kriegsaphonion.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 33. H. 3.*

Da über Kriegsaphonien im speziellen und über funktionelle Neurosen im allgemeinen im Kriegssanitätsbericht von 1870/71 nichts erwähnt wird, so müssen für den letzten Krieg, in welchem jene Krankheitsbilder ausserordentlich häufig auftraten, die funktionellen Neurosen als eine diesem Kriege eigene psychische Epidemie aufgefasst werden. Aetiologisch kommen die gewaltigen seelischen Eindrücke, welche von den modernen Kriegsinstrumenten bei vielen für das Kriegshandwerk schlecht vorbereiteten Menschen hervorgerufen wurden, in Betracht. Bezüglich der Symptomatologie ist grundsätzlich festzuhalten, dass die funktionellen Aphonien der Ausdruck zentraler Koordinationsstörungen sind. Es ist schon die kleinste Unterbrechung des komplizierten Weges dieser Koordination imstande, eine Aphonie zustande zu bringen. So wird es begreiflich, dass eine Veränderung der Empfindungen im Kehlkopf, bei einer disponierten Psyche, d. h. bei Störung im Ablauf der Assoziationen, deutliche Koordinationsstörungen in der Mechanik der Stimme auszulösen vermag.

Das Kehlkopfbild zeigt alle nur denkbaren Abweichungen von der physiologischen Glottis phonatoria. Sehr häufig zeigen die Taschenlippen pathologischer Weise eine aktive Bewegung — unter Erzeugung der tiefen und rauhen Taschenlippenstimme.

Nicht selten ist der Uebergang eines Typus von Stimmstörung in einen anderen zu beobachten, woraus mit besonderer Evidenz das Prinzip der phonatorischen Koordinationsstörung bei funktioneller Aphonie sich ergibt.

Es muss besonders das symmetrische Verhalten der beiden Kehlkopfhälften bei funktionellen Stimmstörungen hervorgehoben werden. Halbseitige Kehlkopflähmung ist immer organischer Natur. Es sind gleichzeitig mit Aphonien einseitige motorische wie sensible Lähmungen in anderen Regionen beobachtet worden besonders nach seelischen Erschütterungen. Zuweilen wird eine funktionelle Störung mit einer organischen kompliziert auftreten können. Wenn z. B. bei einseitiger Rekurrenslähmung das gesunde Stimmband die Mittellinie bei der Phonation überschreitend sich dem kranken so weit nähert, dass eine Glottis phonatoria gebildet ist und wenn trotzdem Aphonie besteht, so muss man an funktionelle Störung denken. In vielen Fällen von funktioneller Aphonie verläuft die Atmung nicht im richtigen Verhältnis zur Stimmbildung und zum Sprechen.

Nach einer kurzen aus einem Vortrage von Gerhardt (1871) entnommenen historischen Uebersicht über die Therapie der Aphonien, geht B. auf die elektrische Behandlung ein, welche von E. Urbantschitsch mit der sog. Ueberrumpelungsmethode inauguriert und von Kaufmann ausgebaut ist. Kaufmanns Verfahren besteht aus 4 Teilvorgängen: 1. Suggestive Vorbereitung durch Arzt, Personal, geheilte Kranke. 2. Anwendung kräftiger Wechselströme unter Zuhilfenahme reichlicher Wortsuggestion. Die Elektroden liegen auf indifferenten Körper-

teilen, z. B. Kreuzbeingegend und Arm, nicht Kehlkopf. 3. Strenges Innehalten militärischer Formen. 4. Unbeirrbar konsequente Erzwingung der Heilung in einer Sitzung.

Muck führt eine Kugel in den Kehlkopf ein, welche den Atem bis zur Erstickung benimmt und im Kehlkopf belassen wird, bis der Kranke einen Angstschrei von sich gibt.

Beide Methoden erscheinen B. mit Recht allzu heroisch und er rät zunächst die von Gerhardt genannten einfacheren Methoden zu versuchen, z. B. Einführung einer Kehlkopfsonde, Aufforderung zu tönender Phonation, Aufforderung zu in- und exspiratorischer Phonation unter gleichzeitiger Kompression des Kehlkopfes. Wichtig für den Erfolg ist es, dass der Pat. einen von ihm selbst zufällig oder rein mechanisch hervorgebrachten tönenden Laut hört und diesen willkürlich wiederholt.

Die phonetische Behandlungsmethode knüpft an die Assoziationen an, welche mit der Stimmbildung in direktem Zusammenhange stehen. Der Kranke muss lernen, ohne Mitbewegungen ein- und auszuatmen, wobei die Erweiterung des Brustkorbes durch Hebung der Rippen, seine Verkleinerung durch Senkung der Rippen zu bewirken ist. Nach Einübung dieser ruhigen kostalen Atmung bemühe sich der Kranke die kosto-abdominale Atmung zu beherrschen, wobei mit Hebung der Rippen gleichzeitig die vordere Bauchwand schlaff bleibt und durch das tiefertretende Zwerchfell nach vorn gedrängt wird. Korrespondierend mit dem Senken der Rippen wird der Leib eingezogen. Wenn der Kranke diese Atmungsform beherrscht, soll er sie unter Anwendung zunächst der stimmlosen Reibelaute ss, ff, sch, ch, alsdann tönender Reibelaute üben und diese Laute solange wie möglich spinnen. Später knüpft man an den tönenden Zischlaut Vokale: si, so, su usw., weiter Vokale allein oder Vokale mit darauffolgenden Konsonanten. Auch Summübungen sind von grossem Wert für die Festigung der Stimme.

Führen diese Uebungen nicht zum Ziele, so kokainisiere man den Kehlkopf, in schweren Fällen auch den Rachen und beginne, falls die Kokainisierung allein nicht genügt, mit den oben genannten Uebungen am kokainisierten Kehlkopfe und faradisiere den Kehlkopf von aussen oder von innen mit schwachen Strömen. Man legt nach entsprechender Kokainisierung den Knopf der endolaryngealen Elektrode je nach Bedarf an die von Ziemssen näher bezeichneten Punkte.

Diese phonetische Methode muss gegebenen Falles bei organischen Veränderungen in den oberen Luftwegen durch entsprechend weitere therapeutische Massnahmen unterstützt werden. Sie führt in etwa 90 pCt. der Fälle zum Ziele und ist milder und gefahrloser als die auf Erzeugung eines Choks ausgehenden.

BRADT

61) **E. Fröschels. Untersuchungen über die Kinderstimme.** *Zentralbl. f. Phys. Organ der Deutsch. Physiol. Ges. Bd. 34. No. 11.* (*Originalmitteilung.*)

Die Durchschnittswerte des Stimmumfangs sind nach den Untersuchungen F.'s wesentlich grösser, als nach den Untersuchungen früherer Autoren zu erwarten wäre; voraussichtlich beruht dies auf der verschiedenen Veranlagung verschiedener Völker. Der Stimmumfang wächst fast regelmässig von Jahr zu Jahr;

die Mädchenstimme wird besonders vom 12. Lebensjahre ab etwas höher als die der Knaben.

Bei der Sprechstimme zeigt sich — siehe Tabelle — eine Abnahme der Heiserkeit in den Jahren der Mutation, im Gegensatz zu Flatau-Gutzmann. Diese Tatsache würde mit der Theorie, dass die chronische funktionelle Heiserkeit durch Pressen der Stimmuskeln entsteht, übereinstimmen, da ja während des Mutierens die Spannfähigkeit der inneren Kehlkopfmuskeln abnimmt. — An Sprachstörungen litten 1 pCt. aller Untersuchten.

W. SOBERNHEIM.

62) **Leopold Stein** (Wien). **Ueber Rhinolalia aperta im Hinblick auf die Lehre von der funktionellen Anpassung.** *Passows Beiträge. Bd. 16. S. 167.*

Der Verfasser bespricht sehr eingehend die anatomischen Verhältnisse der Schlundkopfmuskulatur und ihre Funktion, um dann auf die verschiedenen Ursachen der Rhinolalia aperta organica — unter denen vor allem auch die adenoiden Vegetationen zu nennen sind — und der Rhinolalia aperta functionalis näher einzugehen. Die Aetiologie der letzteren beruht am häufigsten auf Motilitätsstörungen des Gaumensegels infolge Diphtherie, Bulbärparalyse, Schwachsinn, Hörstörungen u. dergl., es kann aber auch der Befund völlig negativ sein. Für die Behandlung der organischen Rhinolalie kommen in erster Linie chirurgische Massnahmen in Betracht, diesen haben aber oft weitere therapeutische Prozeduren nachzufolgen, handelt es sich doch auch hier wie bei dem funktionellen Näseln vor allem darum, das Gaumensegel gebrauchstüchtig zu machen. Diesem Zwecke dient vor allem die von Gutzmann eingeführte Uebungstherapie, ferner Fröschels Palatomasseur, sowie Sprachgymnastik verbunden mit Paraffininjektionen in die hintere Rachenwand nach F. Neumann.

SCHLITTLER.

e) Schilddrüse.

63) **Rudolf Goldmann** (Iglau). **Zahnkaries und Struma.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jahrg. 54. S. 1021.*

Auf Grund eines Materials von 66 untersuchten Fällen glaubt Verf. einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Zahnkaries und parenchymatöser Struma nachweisen zu können, und zwar soll die Schilddrüsenhypertrophie infolge entzündlicher Reizung per continuitatem oder durch die bei der Wurzelkaries bestehende Toxinämie entstehen.

SCHLITTLER.

64) **Albert Bürkmann. Ein Fall von Struma congenita permagna.** Aus der Univ.-Frauenklinik Marburg. *Diss. Marburg 1920.*

52 cm langes männliches Kind von 3800 g Gewicht; Halsumfang 38 cm. Geburt ohne besonders starkes Hindernis. Exitus nach 1 Stunde, während der die Struma deutlich sich vergrösserte. Die Mutter wohnte in einer endemischen Kropfgegend. Photographische Tafel. Literatur.

DREYFUSS.

65) **Adolf Hollnagel. Ueber die Struma maligna.** Aus dem pathol. Institut Greifswald. *Diss. Greifswald 1920.*

Krankengeschichten und mikroskopische Befunde von 5 Fällen.

DREYFUSS.

66) **John Karlefors. Ueber Hypophyse und Thyreoidea bei Krebskranken.** *Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 17. H. 2.*

Die bisher bekannten krankhaften Veränderungen von Hypophyse und Thyreoidea gehen meist mit denjenigen Veränderungen des menschlichen Körpers einher, die mit Zuwachs innerhalb des Organismus verbunden sind (z. B. Akromegalie, Dystrophia adiposogenitalis — Myxödem); ausserdem ist die Veränderung der Hypophyse bei Schwangerschaft bekannt. An einer grossen Zahl von Krankengeschichten, nach Geschlecht und Alter gruppiert, wird nachgewiesen, dass die Hypophysen der Krebskranken im allgemeinen eine Verminderung der Anzahl der eosinophilen Zellen, eine Vermehrung der Hauptzellen zeigen, deren Kerne ausserdem in einigen Altersgruppen vergrössert sind; die basophilen Zellen sind nicht verändert. Aus der Darstellung ist ersichtlich, dass diese histologischen Befunde nicht spezifisch für die Hypophysis Krebskranker sind, dass sie ausserdem an die Graviditätsveränderungen der Hypophyse erinnern. — Das Gewicht der Hypophyse ist nicht verändert. — Die Thyreoidea der Krebskranken zeigt gegenüber der der Krebsfreien keine Veränderungen.

W. SOBERNHEIM.

67) **de Quervain** (Bern). **Zwei Fälle wuchernder Struma nach Langhans.** Verh. des med. Bezirksvereins der Stadt Bern. *Schweiz. med. Wochenschr. No. 29.*

1. Retrobulbärer maligner Tumor als Metastase eines faustgrossen beweglichen Kropfes, der sich histologisch ebenfalls als bösartig erweist.

2. Faustgrosser, seit einem Jahr bestehender Knoten der rechten Beckenschaufel als Metastase von einem malignen Kropf her.

Diese beiden Fälle beweisen, dass bei Knochengeschwülsten in der Gegend von Bern an bösartige Metastasen von Kröpfen her gedacht werden sollte. Der Kropf entpuppt sich in solchen Fällen meist erst durch die histologische Untersuchung als bösartig.

JONQUIÈRE.

68) **Gustav Brandau. Strumaoperation bei eingeführtem Tracheoskop.** *Diss. Giessen 1920.*

Beschreibung von 11 Fällen, die nach dem Vorschlage v. Eickens (Zentralbl. f. Chir., 1919, Nr. 20) in der chir. Klinik Giessen operiert wurden. Es handelte sich ausnahmslos um schwere Trachealstenosen, verursacht durch mehrfache Strumaknoten, retrovesikale und retrosternale Strumen. Der erste Fall wurde in Lokalanästhesie, die übrigen in Mischnarkose operiert. Alle verliefen günstig.

Die Methode ist in allen komplizierteren Fällen dringend zu empfehlen, da Asphyxie während des Hervorholens der Geschwulst bei der Operation sicher vermieden wird.

DREYFUSS.

f) Oesophagus.

69) **Friedrich Thieding. Ueber Kardiospasmus, Atonie und „idiopathische" Dilatation der Speiseröhre.** Aus der chir. Univ.-Klinik Hamburg. *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 121. S. 237. 1921.*

Die Arbeit, welche sich in erschöpfender Weise über das ganze in Frage kommende Gebiet verbreitet, kommt zu folgenden Schlüssen: Kardiospasmus,

Atonie und „idiopathische“ Dilatation sind keine verschiedene oder selbständige Krankheitsbilder, sondern nur klinisch vorspringende Zeichen einer gestörten Harmonie im vegetativen System. Das Gemeinsame ist die meistens im Vordergrund der Erscheinungen stehende Dysphagie. Verf. unterscheidet 3 Gruppen: Dysphagia spasmodica intermittens, D. hypertonica permanens, D. atonica. — Die klinischen Merkmale, Röntgenbefunde, Therapie mögen in der Originalarbeit eingesehen werden.

DREYFUSS.

70) **Bensaude** und **Lelong. Ein neues Oesophagoskop; Zahnstangenösophagoskop. (Un nouvel oesophagoscope; l'oesophagoscope à crémaillière.)** *Société médicale des Hôpitaux. 18. März 1921.*

Das Instrument soll vor dem Brüningsschen Vorschiebrohr den Vorzug haben, dass die Länge mittels einer Schraube geregelt wird. Man kann es so einstellen, wie man die Mikrometerschraube an einem Mikroskop handhabt. Das Instrument ist für alle Beleuchtungssysteme zu benutzen.

FINDER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Die oto-rhinologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 31. Oktober 1917.

Vorsitzender: Prof. Gunnar Holmgren.

Robert Nasiell: Ein missgedeuteter Fall von Cancer der Oberkieferhöhle.

Es handelte sich um eine 62jährige Frau, die an einem haselnussgrossen unempfindlichen Knoten seit 1914 an der rechten und seit 1916 an der linken Seite des Halses litt; seit dem letzten Jahre klagt sie auch über Schwierigkeit, durch die linke Nasenhälfte zu atmen. Im Anfange dieses Jahres beobachtete sie, dass der Knoten an der rechten Seite des Halses, der nach und nach die Grösse einer Kinderfaust erreicht hatte, sehr schnell grösser wurde, und zu gleicher Zeit fühlte sie sich wirklich krank. Von ihrem Arzt wurde sie zu einem Röntgenologen geschickt, der „an jeder Seite des Halses grosse diffuse, von kleineren ungleichförmigen Drüsen zusammengesetzte Anschwellungen konstatierte“; ein exzidiertes Stück des Tumors wurde von den Pathologen als Cancerdegeneration eines Parotistumors erklärt. Da die Röntgenbehandlung von Ende Januar bis zum Anfang Oktober erfolglos blieb, suchte die Pat. eine Halspoliklinik auf, wo eine krankhafte Veränderung der linken unteren Nasenmuschel sehr leicht konstatiert werden konnte; eine von dieser exzidierte Partie wurde pathologisch-anatomisch als Tumor malignus (Ca.) festgestellt. Hierdurch wurde es konstatiert, dass es sich bei diesem Fall um einen primären Krebs der Oberkieferhöhle mit Metastasen der Halslymphdrüsen handele, eine Diagnose, die durch das Versäumnis, einen Nasenspezialisten zu konsultieren, leider zu spät gestellt werden konnte.

A. Hofvendahl: Einige Studien über die nasalen Reflexneurosen. (Im Zentralblatt 1918, S. 163, berichtet.)

Sitzung vom 24. November 1917.

Vorsitzender: Prof. Gunnar Holmgren.

Erik Knutson: 2 mit Erfolg operierte Fälle von malignen Neubildungen im Pharynx.

Fall 1. Ein 29jähriger Giesser litt seit 4 Jahren an einer sich langsam entwickelnden Nasenverstopfung; durch vordere und hintere Rhinoskopie wurde festgestellt, dass diese ihre Ursache in einem blass-grauroten taubeneigrossen Tumor hatte, der die rechte Choanalöffnung und den grössten Teil des Epipharynx ausfüllte. Nach einer erfolglosen Behandlung mit Radium wurde der Tumor durch die sog. transnasomaxilläre Methode nach Mahler entfernt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass es sich hier um ein Fibrosarcoma adenomatosum handelt. Noch nach $1^1/_2$ Jahren war der Pat. rezidivfrei.

Fall 2. 11jähriger Knabe mit Lymphosarkoma der linken Tonsille und des weichen Gaumens.

Seit 4 Monaten litt er an zunehmender Schwierigkeit zu schlucken, atmen und sprechen; war sehr mager, bleich und schwach geworden. Status am 10. Oktober 1916: Auffallende Atmungsschwierigkeit besonders nach heftigen körperlichen Bewegungen; bei der Inspektion der Mundhöhle zeigte sich an Stelle der linken Tonsille und des grösseren Teiles des weichen Gaumens ein apfelsinengrosser, blauroter Wulst, der an der Epipharynxwand adhärent war; entlang derGefässscheide der linken Halsseite eine Reihe erbs- bis haselnussgrosser Lymphdrüsen.

Operation am 9. November. Nach Tracheotomia inferior und Unterbindung der Carotis ext. sin. Entfernung von haselnuss- bis mandelgrossen Lymphdrüsen in Reg. carot. et submax. sin.; danach wurde der Tumor durch stumpfe Dissektion ohne nennenswerte Blutung exstirpiert. Der Pat. wurde am 18. Dezember entlassen, um mit Radium, Röntgen und grossen Dosen Arsenik behandelt zu werden. 1 Jahr nach der Operation war er noch rezidivfrei.

A. Hofvendahl: Ein Fall von Ulcus pharyngis, der mit Kal. jod.-Behandlung bedeutend verbessert wurde.

25jähriges Dienstmädchen, ohne tuberkulöse Heredität. Seit 3 Monaten Halsschmerzen, seit 2 Monaten Schmerzen beim Schlucken und im rechten Ohr. An der rechten Plica salp. pharyngea ein mandelgrosses Ulkus mit grauem, schmierigem Grund, etwas höher bis zum Ost. pharyngeum tubae mehrere kleinere Ulzerationen von demselben Aussehen. Keine Spirochäten, Tuberkel- oder Diphtheriebazillen; Wassermann negativ (nach 3 Proben). Nach Probeexzision pathologisch-anatomische Diagnose: Tuberkulose. Keine sicheren Lungenveränderungen, eine Auffassung, die durch Röntgen bestätigt wurde. Intrakutane Tuberkulinreaktion und Meerschweinchenprobe positiv. Die Patientin wurde mit Kal. jod. behandelt (1 g $\times$ 6), und mit dem Erfolg dass die Wunden nach 3 Wochen beinahe geheilt waren.

Nach der Meinung der Vortr. handelte es sich hier um eine latente Tuberkuloseinfektion des tonsillären Gewebes der Plica sup. pharyngea, das auf irgend eine Weise sekundär infiziert war.

A. Haggström: Ein Fall von luetischer Thyreoiditis mit schwerer Larynxstenose.

(Vortrag, in Acta oto-laryngologica abgedruckt.)

Sitzung vom 25. Januar 1918.

Vorsitzender: Prof. Gunnar Holmgren.

Prof. Holmgren: Fall von Fremdkörper im Oesophagus.

D. Rudberg: Demonstration von einem Fall von chronischen Ulzerationen des weichen Gaumens und einer Tonsille.

29jährige Frau, die am 12. Oktober aufgenommen wurde. Seit 2 Monaten rechtsseitige Halsschmerzen mit zunehmender Schwierigkeit zu essen nebst Nasenverstopfung. Status am 12. Oktober 1917: Rechte untere Nasenmuschel besonders hinten geschwollen, bei Berührung leicht blutend; die rechte Oberkieferhöhle mit eitrigem Inhalt. Im vorderen Teil des weichen Gaumens eine nekrotische Partie mit Perforation in die Nasenhöhle; an beiden Seiten des Halses grosse unempfindliche Drüsen. Wassermann negativ. 28. November: Trotz kräftiger antiluetischer Behandlung hat sich ein Ulkus im oberen Teil der rechten Tonsille entwickelt, welches nach einigen Wochen heilte, aber später rezidivierte. Nach wiederholten Probeexzisionen von den Drüsenanschwellungen am Halse wurde die Krankheit als Sarkom festgestellt.

Sitzung vom 23. Februar 1918.

Vorsitzender: Prof. Gunnar Holmgren.

A. Lundén: Eine chronische Larynxaffektion von unbestimmbarer Art; Demonstration des Patienten.

A. Lundén: Demonstration eines Falles mit chronisch ulzeriertem Infiltrat der Mundschleimhaut.

E. Stangenberg.

---

b) Section of Laryngology. Royal Society of Medicine London.

Sitzung vom 7. Februar 1919.

Vorsitzender: James Donelan.

Andrew Wylie, W. Stuart Low, W. E. Syme und Gay French demonstrieren Fälle maligner Erkrankung des Halses, Kehlkopfes und der Oberkieferhöhle.

Die Patientin Wylies, eine 56jährige Frau, litt an einem Endotheliom der Tonsille; es wurde hauptsächlich durch Abschnüren mit der Schlinge behandelt; es sind 5 Monate vergangen, Pat. fühlt sich wohl und hat an Gewicht zugenommen.

Dawson berichtet über einen ähnlichen in gleicher Weise behandelten Fall, dem es 6 Monate später gut ging.

W. Hill spricht über den Wert der Diathermie in diesen Fällen.

Norman Patterson rühmt den Wert des Radiums bei Geschwülsten mesoblastischen Ursprungs.

W. Stuart-Low: Dermoidfistel der Nase.

Frau mit kleiner Fistel über der Mitte des Nasenrückens.

In der Diskussion weisen mehrere Redner auf die Schwierigkeiten, welche die Behandlung solcher Fisteln macht. Trotz grosser Sorgfalt war es nicht immer leicht, die ganze auskleidende Membran der Zyste zu entfernen, so dass die Fistel auch nach der Operation bestehen blieb.

Irwin Moore: 1. Rezidivierender Spheno-Choanalpolyp bei einem Kinde.

8jähriges Kind, das bereits in der Sitzung vom 2. Februar 1917 vorgestellt wurde. Die Erkrankung ist bei einem so jungen Kinde sehr selten. Der ursprüngliche Polyp entsprang aus der linken Keilbeinhöhle und war ein weiches Fibrom. Das Rezidiv bestand aus zwei Polypen an getrennten Stielen.

2. Fall von langem Frenulum linguae.

13jähriger Knabe war imstande, die Zunge nach hinten bis in den Nasenrachenraum zu bringen.

William Hill und K. A. Lees: Eine durch Zufall verschluckte Gabel im Pylorus festgekeilt.

25jährige Frau. Beim Versuch, einen Bissen, der ihr im Halse stecken geblieben war, mit einer Gabel zu entfernen, liess sie den Gabelgriff los und die Gabel verschwand. Röntgenstrahlen zeigten sie im Pylorus; der Fremdkörper wurde durch eine kleine Inzision im Epigastrium entfernt.

Sitzung vom 7. März 1919.

A. L. Macleod: Adenom der Stimmlippe.

G. W. Dawson: Angiom des linken Aryknorpels.

Dundas Grant: Polyp der vorderen Kommissur.

In der Diskussion über diese drei Fälle beanstandet Andrew Whylie die Bezeichnung „Adenom der Stimmlippe“, da in dieser kein Drüsengewebe vorhanden ist. Die Drüsen liegen an der ventrikulären Seite der Stimmlippe.

Douglas Guthrie: Choanalpolypen bei Kindern.

Der erste Fall betraf einen 9jährigen Knaben, der zweite ein 12jähriges Mädchen. In beiden Fällen wurde das Antrum eröffnet, in dem ersten Fall auf intranasalem Wege, im zweiten durch die Fossa canina.

In der Diskussion wurde von mehreren Rednern betont, dass bei jungen Menschen die Entfernung des Polypen ohne Inangriffnahme des Antrums beim ersten Male genügt.

William Hill und Dundas Grant: Zwei Fälle von Pharynxdivertikel.

Der Fall Hills wurde in der Sitzung der Sektion vom 7. Dezember 1917 gezeigt. Beide Fälle wurden so behandelt, dass der Sack freigelegt, vernäht und mittels Nähten unter dem Sternomastoideus verankert wurde (Divertikulopexie). Ist das Resultat nicht befriedigend, so kann eine zweite Operation gemacht und das Divertikel entfernt werden. In der Zwischenzeit haben sich Adhäsionen ge-

bildet, dadurch ist das Mediastinum abgeschlossen und damit die Gefahr der Mediastinitis beseitigt.

R. A. Worthington: 1. Epitheliom der Epiglottis mit Diathermie behandelt.

Die Heilung trat schnell ein und die Dysphagie wurde völlig beseitigt. Seit der Operation sind vier Monate verflossen.

2. Fremdkörper aus der Nase nach 13 Jahren entfernt.

Ein Stück Holz mit Borke; kein Zeichen von Zersetzung.

Jobson Horne berichtet über einen Rhinolith, dessen Kern ein vor 30 Jahren eingeführtes Stück Watte war.

Sitzung vom 4. April 1919.

Vorsitzender: James Donelan.

A. J. Hutchinson: Radiogramme, die Fehlen der rechten Stirnhöhle zeigen.

Pat. klagt über heftige Schmerzen in der rechten Stirnhöhle. Nach Entfernung von Polypen und der mittleren Muschel auf der linken Seite der Nase verschwanden die Schmerzen rechts.

H. Lawson Whale: Hypophysistumor auf nasalem Wege entfernt.

Die linke Nasenhöhle wurde durch eine Inzision von aussen eröffnet, die linke Keilbeinhöhle wurde breit eröffnet und der Tumor, ein Endotheliom, kurettiert. Es war sehr geringe Blutung vorhanden und die Drucksymptome verschwanden.

Frank Rose: Demonstration eines Patienten nach Beseitigung eines Epithelioms der linken Tonsille durch Diathermie.

67jähriger Mann. Es sind seit der Operation 2 Jahre und 9 Monate verflossen und es war kein Rezidiv sichtbar; jedoch wurde an der rechten Tonsille ein Ulkus und eine harte Drüse an der rechten Halsseite entdeckt.

Douglas Harmer meint, dass nach Entfernung durch Diathermie Rezidive nicht so rapide auftreten, wie nach Operation mit dem Messer.

Jobson Horne: Entfernung eines gezackten in den Oesophagus eingekeilten Knochenstückes mittels der indirekten Methode.

Der Fall soll zeigen, dass man Fremdkörper auch entfernen kann, ohne die Patienten der Unbequemlichkeit der Schwebelaryngoskopie und Endoskopie zu unterwerfen.

G. W. Dawson: Fall von Angio-Fibrom des Nasenrachenraumes bei einem $13^1/_2$jährigen Knaben.

Nach vorhergehender Laryngotomie wurde der Tumor teils durch den Mund, teils durch die Nase entfernt. Es trat Rezidiv ein.

In der Diskussion wurde auf den Wert der Radiumbehandlung und die Anwendung der Crileschen Karotisklammern bei der Operation hingewiesen.

C. A. Hayton: Vier Fälle von Rhinitis atrophicans mit Ozäna nach der Glykophilmethode behandelt.

In allen Fällen hat der Fötor und die Borkenbildung nachgelassen.

Vereinigte Sitzung der Sections of Ophthalmology and Laryngology am 2. April 1919.

Vorsitzender: W. T. Holmes Spicer.

Diskussion über Verletzungen und entzündliche Erkrankungen der Orbita und der Nebenhöhlen.

Nach einleitenden Bemerkungen des Vorsitzenden erstattet L. V. Cargill das Referat. Nach Besprechung der anatomischen Beziehungen, die zwischen den Nebenhöhlen und der Orbita bestehen, führt er aus, dass Augenkomplikationen bei Sinuserkrankungen sich darstellen können als funktionelle Störungen, toxische Wirkungen oder Orbitalentzündungen als Resultat direkter Ausbreitung. Augenkomplikationen sind zahlreich: Einengung des Gesichtsfeldes, zentrales Skotom, Verbreiterung des blinden Fleckes, retrobulbäre Neuritis, Papillarödem und Papillitis, seltener Uveitis und Episkleritis, subretinaler Erguss, Retinalblutung und Ablösung der Retina. Die Orbitalkomplikationen bestehen in subperiostealer Entzündung und Abszess, gewöhnlich mit Nekrose und Perforation der Knochenwandungen und seltener in retrobulbärer Entzündung infolge Trauma, Metastase oder Septikämie.

Orbitalentzündungen bildeten im Royal Eye Hospital 5pCt. aller Aufnahmen und das Alter der Patienten schwankte zwischen elf Monaten bis zu 68 Jahren; das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Patienten war wie 2:3. Die Siebbeinzellen waren die häufigste Ursache, dann kam die Stirnhöhle und schliesslich die Kieferhöhle. Die Behandlung besteht in breiter Inzision, Ablösung des Periosts und Herstellung eines guten Abflusses von dem erkrankten Sinus.

Redner behandelt dann ausführlich die Verletzungen der Orbita und der Nebenhöhlen und erläutert seine Ausführungen durch die im Kriege gewonnenen Erfahrungen.

G. Seccombe Hett berichtet über Kriegsverletzungen. Er betont den Grundsatz der freien Drainage mit der Erhaltung jedes losen Hautlappens oder Stückes der Konjunktiva und die Entfernung von Fremdkörpern, Sequestern, zerstörten Muscheln und Septum. Zur Wiederherstellung des Gesichts werden plastische Operationen und das Einpflanzen von Knorpel angewandt.

E. D. Davis analysiert 22 ihm von Ophthalmologen zur Nasenuntersuchung zugeschickte Fälle. In allen bestand Verlust des Sehvermögens als Resultat einer Neuritis retrobulbaris oder optica. Drei waren zurückzuführen auf lange bestehende Siebbein- und Keilbeinhöhleneiterung; in 14 war die Nase absolut normal und die Ursache war nicht bestimmt, während 4 syphilitisch waren und einer von zweifelhaftem Ursprung. Die Gesichtsfeldaufnahmen, obwohl nicht zahlreich genug, um beweisend zu sein, sprechen dafür, dass die äusseren Fasern des Optikus in Fällen nasalen Ursprungs affiziert sind und dass alle Optikusfasern beteiligt sind, wenn es sich um idiopathische Neuritis retrobulbaris handelt.

H. D. Gillies ist der Ansicht, dass bei Kriegsverletzungen der Nebenhöhlen der äussere Weg für die Drainage vorzuziehen ist.

D. Leighton Davies spricht besonders von der Möglichkeit einer latenten chronischen Nebenhöhlenerkrankung, wenn es sich um Iridozyklitis und Chorioiditis

handelt. Sehstörungen sind bei Nebenhöhlenerkrankungen selten hochgradig. Akkmomodationsstörungen bei jungen Leuten, wenn kein Refraktionsfehler vorliegt, erfordern eine sorgfältige Untersuchung der Nebenhöhlen.

W. M. Mollison betont, dass Fälle von Orbitalphlegmone fast stets auf Nebenhöhleneiterungen zurückzuführen sind; jedoch gibt es Ausnahmen.

G. H. Pooley (Sheffield) betrachtet die Abnahme des Sehvermögens bei Nasenerkrankungen entweder als Folge von toxischer Einwirkung auf die Retinazellen oder des Druckes auf den Sehnerven. Ist ein Toxin die Ursache gewesen, so hat er nach Nasenoperation deutliche Besserung gesehen.

Stuart Low berichtet über die Besserung, die bei akuter Entzündung der Stirnhöhle verbunden mit Oedem des oberen Lids erzielt wird durch Umgeben der geschwollenen mittleren Muschel mit Kaokin-Suprarenin-Tampons. Nach Entfernung der Tampons erfolgt Abfluss von Eiter und Besserung. Auch die Saugmethode zur Entleerung des Sinus ist von Nutzen.

Herbert Tilley erinnert daran, dass man auch bei Kindern daran denken müsse, dass Orbitalphlegmone sekundär zu Sinuserkrankungen hinzutritt; schon im Alter von 3 Jahren können Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle vorhanden sein.

Section of Laryngology.

Sommer-Kongress, 2. bis 3. Mai 1919.

James Donelan: Einige an Stelle der Operation angeratene Methoden bei Adenoiden und vergrösserten Tonsillen bei kleinen Kindern.

D. kommt zu dem Schluss, dass „pathologische Vergrösserung der Rachen-, Gaumen- oder Zungentonsille, die einen gewissen Grad von Grösse und Bindegewebsneubildung überschritten haben, nicht durch Atemübungen, Thyroidextrakt, Schnupfpulver usw. zum Verschwinden gebracht werden können“. Er kritisiert die in letzter Zeit in England in dieser Hinsicht empfohlenen Methoden; besonders über die Anwendung von Schilddrüsenextrakt hat er bei 20 Kindern im Alter von $1^1/_4$ bis $4^1/_4$ Jahren persönliche Erfahrungen gesammelt. Nach seiner Ansicht hängt die Frage, wie weit medizinische und hygienische Behandlung bei Adenoiden und vergrösserten Tonsillen die Operation ersetzen kann, von dem Grade der Bindegewebsproliferation ab, die wir als Fibrosis bezeichnen. Hat diese einen gewissen Grad erreicht, so kann nichts die Operation ersetzen. Diese Fibrose kann in jedem Alter eintreten; am wenigsten wahrscheinlich ist sie bei Kindern unter $2^1/_2$ Jahren. Die günstigen Resultate, die er bei 4 von ihm mit Schilddrüsenextrakt behandelten Knaben in diesem Alter beobachtete, führt er darauf zurück, dass sich noch keine ausgesprochene Fibrose hatte bilden können.

Watson Williams: Latente Nebenhöhlenerkrankung in Beziehung zu Allgemeininfektionen.

W. kommt nach Mitteilung zweier Fälle zu dem Schluss, dass chronische rheumatische Arthritis Folge einer Nebenhöhleninfektion sein kann, ferner dass Appendizitis Folge einer Infektion sein kann, die auf dem Wege durch den Gastrointestinalkanal von einer Nebenhöhle ausgeht. Ein grosser Prozentsatz chronischer

Nebenhöhlenfälle hat an Appendizitis gelitten; obwohl W. glaubt, dass Nebenhöhlenerkrankung nicht selten die Ursache einer Appendizitis ist, ist er doch nicht der Ansicht, dass sie die gewöhnliche Quelle derselben darstellt. Eine sehr reichliche und dickeitrige Absonderung kann steril sein, während eine dünne, opaleszierende oder fast farblose Absonderung ein reichliches Wachstum von pyogenen Keimen beim Kulturverfahren zeigen kann. In jedem Falle muss bei der Anamnese auf vorhergehende Nebenhöhlenerkrankung geachtet werden. W. meint, dass manche Fälle von septischer Allgemeininfektion, die als Folge einer von den Tonsillen ausgehenden Infektion aufgefasst werden, auf eine Nebenhöhlenerkrankung zurückgehen, indem diese eine Tonsillarinfektion mit Hypertrophie des tonsillaren Lymphgewebes hervorgerufen hat.

O'Malley berichtet über einen Fall von rheumatischer Arthritis, die nach Behandlung einer Siebbeineiterung verschwand.

Colonel Sharp hat einen ähnlichen Fall durch Eröffnung der Keilbeinhöhle geheilt.

T. H. C. Benians und Charles H. Hayton: Eine Methode der Behandlung der atrophischen Rhinitis mit Ozäna.

Referiert: dieses Zentralblatt, 1919, S. 246.

William Hill hat in einigen Fällen von Ozäna die Nebenhöhlen untersucht, jedoch niemals Infektion oder Borkenbildung gefunden. Die Immunität der Nebenhöhlen gegen Erkrankungen der angrenzenden Haupthöhle ist bemerkenswert.

Tilley glaubt, dass die Infektion der Schleimhaut bei Ozäna eine oberflächliche sei. Die befriedigendste Behandlung sei mehrmals wöchentlich Tamponade der Nase mit einem in Glyzerin getränkten Gazestreifen.

William Milligan hat die Glyzerinbehandlung jahrelang angewandt, ohne dass er sich die Wirkungsweise erklären konnte. Der eben gehaltene Vortrag gibt eine solche Erklärung.

Brown Kelly: Spasmus am Oesophaguseingang.

Referiert: dieses Zentralblatt, 1919, S. 200.

D. R. Paterson: Ein klinischer Typus von Dysphagie.

P. macht aufmerksam auf das Zusammenvorkommen zweier Zustände an den oberen Speisewegen, der sogenannten spastischen Dysphagie und der Glossitis superficialis. Das gegenseitige Verhältnis zueinander ist nicht ganz klar. Beide Zustände kommen fast ausschliesslich bei Frauen vor.

Die Dysphagie tritt früh im mittleren Lebensalter auf, die Patienten klagen zuerst über „enge Kehle" und brauchen längere Zeit für ihre Mahlzeiten; schliesslich beschränkt sich die Nahrungsaufnahme nur noch auf weiche und schliesslich auf flüssige Speisen. Die Oberfläche der Zunge ist glatt und glänzend, mit weissen Flecken; es besteht eine Neigung der Mundschleimhaut zur Trockenheit. Dieselben Veränderungen hat P. am tieferen Teil des Pharynx und Hypopharynx und auch im oberen Teil der Speiseröhre gefunden. Die Dünnheit der Schleimhaut, die oft aussieht, als wäre sie über den Ringknorpel gespannt, ist bemerkenswert, und bei direkter Untersuchung mit dem Rohr reisst sie leicht ein, weshalb in diesen Fällen grosse Vorsicht zu üben ist. P. glaubt nun, dass die Veränderungen der Hypo-

pharynxschleimhaut die Schwierigkeiten beim Schlucken vermehren. Mikroskopische Untersuchungen von Stückchen der Mund- und Zungenschleimhaut zeigen eine Verdünnung der oberflächlichen Epithelschicht und eine Verdickung — herrührend von Infiltration — der darunter liegenden Tunica propria. Wassermannsche Reaktion war in allen Fällen — bis auf zwei — negativ.

Havilland Hill berichtet über zwei Männer, die morphiumsüchtig waren, und die, als sie dies Medikament aufgaben, an Dysphagie litten.

Sir William Milligan: Es sollte bei allen Leuten im mittleren Lebensalter, die an Dysphagie leiden, eine direkte Untersuchung des Oesophagus gemacht werden. Es kann sich um ein vorübergehendes Symptom oder den Beginn einer organischen Erkrankung handeln. Aus wievielen von diesen Fällen spastischer Dysphagie entwickelt sich eventuell eine organische Erkrankung?

William Hill will die Möglichkeit eines primären Spasmus des unteren Pharynx nicht zugeben, sondern glaubt, dass es sich in diesen Fällen von funktioneller Dysphagie nicht um einen Spasmus, sondern um eine Parese handelt. Der Patient macht keine Anstrengung zu schlucken und es treten keine Bewegungen des Kehlkopfes nach vorn und nach oben ein.

R. A. Worthington rät, man solle es sich zur Regel machen, niemals ein Bougie einzuführen, bevor nicht eine endoskopische Untersuchung vorausgegangen ist.

Dan Mackenzie beschreibt eine Operation zur vollkommenen Entfernung des weichen Gaumens mittels des Diathermiemessers und der kalten Schlinge.

J. F. O'Malley: Schussverletzungen der Nasennebenhöhlen.

Referiert: dieses Zentralblatt, 1919, S. 247.

Patterson erwähnt einen Fall von Schussverletzung des Oberkiefers, bei dem die Ligatur der Carotis externa nötig wurde.

Irwin Moore: Behandlung vergrösserter und erkrankter Tonsillen in Fällen, wo chirurgische Massnahmen kontraindiziert sind.

Verf. führt zunächst die durch lokale oder allgemeine Gründe gegebenen Kontraindikationen gegen die chirurgische Entfernung der Tonsillen auf; sodann betrachtet er die nichtchirurgischen Massnahmen, die bei Tonsillarhypertrophie empfohlen worden sind. Unter ihnen nahmen die chemischen Adstringentien und Aetzmittel den grössten Platz ein; M. wendet am meisten und mit grösstem Erfolg die von Morell Mackenzie eingeführte Londoner Aetzpaste an, bestehend aus gleichen Teilen Aetznatron und ungelöschtem Kalk. Er hat zur Applikation dieser Paste ein besonderes Instrument angegeben, einen ovalen Löffel, der an einem Handgriff angebracht ist.

M. bespricht dann die elektrischen Methoden, nämlich Elektrolyse und Galvanokaustik und schliesslich Röntgenstrahlen und Anwendung der Diathermienadel.

Donelan zieht die Elektrokaustik der Aetzpaste vor.

Dundas Grant meint, die ideale Operation sei, mittels der Zange alles Innere der Tonsille zu entfernen, während die Kapsel intakt bleibt.

William Hill hält bei Sängern die partielle Tonsillektomie für genügend.

Moore hat 50 Fälle mit Aetzpaste behandelt und das Resultat war in allen befriedigend.

W. A. Kelson: Bericht über zwei Fälle von Pharynxdivertikel.

Referiert: dieses Zentralblatt, 1920, S. 99.

D. Embleton und E. A. Peters: Keilbeinhöhlenempyem und Zerebrospinalmeningitis.

Referiert: dieses Zentralblatt, 1920, S. 422.

Watson Williams betont für alle Fälle von Zerebrospinalmeningitis die Wichtigkeit der Untersuchung der Keilbeinhöhle und der anderen Nebenhöhlen mittels des Kulturverfahrens.

Walter Howarth: Operation von Hypophysistumoren.

Bericht über 5 Fälle, von denen 2 nach der von Cushing angegebenen Methode der sublabialen Septumresektion, 2 nach der Hirsch'schen endonasalen Methode operiert wurden. Im 5. Falle wurde die linke Keilbeinhöhle freigelegt; man fand die Hinterwand sehr dünn und mit Geschwulstmassen angefüllt, die sich als Endotheliom erwiesen. Nach der Operation ging es dem Pat. viel besser, das Sehvermögen stellte sich fast wieder her; nach 2 Monaten wurden 50 mg Radiumbromid eine Stunde lang eingelegt. 6 Tage später wurde Pat. deliriös und starb in 3 Stunden. Bei der Sektion zeigte sich, dass der Tumor in der Sella turcica halbflüssig war, es bestand jedoch eine grosse extraselläre Ausbreitung der Geschwulst, die beide Sinus cavernosi ausfüllte und sich hinter das Dorsum sellae erstreckte, das zum Teil erodiert war. Der eine nach der Hirsch'schen Methode operierte Fall kam am nächsten Tage ad exitum. Bei der Sektion zeigte sich, dass der Tumor sehr gross war, mit grossen, extrasellären Ausbreitungen, und dass eine frische Blutung in eine grosse zystische Ausdehnung des Tumors erfolgt war. Der Tumor war ein Adenom. In den anderen 3 Fällen trat mehr oder minder lange dauernde Besserung nach der Operation ein, besonders in Hinblick auf die Druck- und Zerebralsymptome, wogegen die Resultate in bezug auf die Besserung des Sehvermögens enttäuschten. (Nach dem offiziellen Sitzungsbericht.)

---

c) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 12. März 1920.

Vorsitzender: Killián.
Schriftführer: Gutzmann.

Der Schriftführer verliest ein von der Laryngologischen Gesellschaft in München eingegangenes Schreiben betreffend eine Einschränkung der Literatur der Fachzeitschriften.

Dazu spricht Finder.

Der Vorsitzende hält einen Nachruf auf das verstorbene Mitglied der Gesellschaft, Herrn Schwabach.

Edmund Meyer demonstriert einen Fall von Schussverletzung des Kehlkopfes. Als er den Pat., der in englischer Gefangenschaft operiert worden war, September 1919 zuerst sah, war er völlig aphonisch. Laryngoskopisch sah man,

dass die Stimmlippen bis zur Spitze des Processus vocalis erhalten waren; von da an bis vorn bestand ein grosser Defekt. Bei einem Versuche zu phonieren, gingen die Processus vocales aneinander, es blieb aber vorn ein weiter klaffender Spalt, durch den die Stimmbildung vollkommen behindert wurde. Es gelang durch Uebungstherapie, Massage, Anwendung des konstanten Stroms, dass eine Pseudostimme zustande gekommen ist. Man sieht, wenn man beim Phonieren laryngoskopiert, dass sich in den Defekt vorn der Petiolus epiglottidis hineinlegt und die Lücke völlig verschliesst.

P. Heymann hat einen Fall gesehen, wo nach Suizidversuch eine Funktionsunfähigkeit der Stimmlippen eintrat, so dass sie im vorderen Teil nicht schlossen, ferner zwei Fälle von vollständiger Lähmung des M. internus; in allen diesen Fällen kam ebenfalls durch Hineinsenken des Petiolus in die Glottis eine Art Glottisschluss und eine brauchbare Stimme zustande.

Gutzmann: Wenn sich der Petiolus zwischen die beiden Stimmlippen hineinlegt, entstehen eigentlich zwei Stimmritzen, Petiolus linkes Stimmband und Petiolus rechtes Stimmband. Das entspricht ganz dem Vorgang der Stimmbildung im Syrinx bei den Vögeln.

Killian: Ich möchte nur sagen, dass unter dem grossen Material von Kehlkopfverletzten, das durch meine Hände gegangen ist, eine ganze Reihe von Fällen waren, wo ein T-förmiger, oft auch unregelmässiger Spalt die Stimmbildung ermöglichte.

P. Heymann stellt einen Patienten vor, den er bereits vor 6 Jahren vorgestellt hatte, bei dem er endoskopisch ein Karzinom der Luftröhre feststellte. Gluck machte dann die vollständige Exstirpation der Trachea vom unteren Rand des Ringknorpels bis zur Bifurkation. Der Mann ist vollständig geheilt, übt den Beruf als Kellner aus, spricht, raucht, trinkt usw. Die Luftröhre ist durch einen Gummischlauch ersetzt, den er sich selbst einführt, wieder herausnimmt und reinigt. Pat. kann sogar schreien. Er spricht vollkommen normal mit den Stimmbändern. Der Fall ist von Soerensen im Archiv für Laryng. publiziert worden.

Killian: Es ist bemerkenswert, dass trotz der Narbenbildung keine doppelseitige Postikuslähmung aufgetreten ist. War die hintere Trachealwand intakt?

P. Heymann: Oben herum, in der Höhe des Kehlkopfs, war sie intakt, unten herum war die Geschwulst zirkulär.

Killian: Eine Modifikation der Gluckschen Methode der Kehlkopfexstirpation.

Das lebensrettende Moment an der Gluckschen Methode der Larynxexstirpation ist die vollständige Trennung des Speiseweges vom Luftwege und der primäre Abschluss des Hypopharynx und Oesophagus durch Naht.

Nach einer gut ausgeführten Naht darf man bestimmt damit rechnen, den Kranken über die gefährliche erste Woche sicher hinwegzubringen. Wir lassen unsere Patienten nach der Vollendung der Naht schlucken und finden damit sofort undichte Stellen. Denn an solchen Stellen wird der Speichel hindurchgepresst.

Unsere Patienten können diese Schluckbewegung ausführen, weil sie nicht in Narkose sind. Wir operieren seit Jahren im Skopolamin-Morphium-Zustand und lokaler Anästhesie. Selten sind wir genötigt, zur Ergänzung etwas Aether zu geben.

Es bleibt aber höchst misslich, dass auch die beste, nach allen Regeln der Kunst angelegte Naht nach 6—8 Tagen ihren Dienst versagt.

Die Mundflüssigkeit findet ihren Weg in die Wunde; diese wird überschwemmt. Es kommt zu sekundärer Infektion, oberflächlichen Belägen und Nekrosen innerhalb der ausgedehnten Wundhöhle. Man muss 1—2 Wochen mit diesem Zustand kämpfen, manchmal Nähte aufmachen. Oft auch gehen die oberen Hautnähte von selbst auf, sie schneiden durch. Es scheint, dass der Speichel eine gewisse verdauende Wirkung auf frische Wunden ausübt. Es entstehen kleine oder grosse Fisteln, die nicht immer spontan zuheilen, sondern durch Anfrischung und Plastik später geschlossen werden müssen.

Dies zieht die Heilungsdauer sehr in die Länge und nötigt den Kranken, den Ernährungsschlauch durch die Nase ungebührlich lange zu tragen, was keine Annehmlichkeit ist.

Nicht allein mir ist das so gegangen, sondern auch vielen anderen Operateuren, wie ich durch gelegentliche persönliche Rücksprachen festgestellt habe.

Lange Zeit glaubte ich, es läge nur daran, dass Katgutnähte infolge Resorption des Katguts aufgingen, insbesondere beim Herausziehen von Drains und Gazestreifen. Deswegen ging ich zur Seide über und knüpfte die Fäden nach innen, damit sie sich dort abstossen konnten. (Auch verwandte ich stets runde Nadeln.) Dies war entschieden eine Verbesserung, ich behielt sie bei. Aber es reichte nicht aus.

Dann stellte ich gelegentlich beim Lebenden und bei zwei Sektionen fest, dass es sich gar nicht um das Aufgehen von Nähten handelte. Zumeist wird die ganze mediane Schleimhautplatte nekrotisch und stösst sich mit allen medianen Nähten im Ganzen ab. Dies hat ja auch schon Gluck beobachtet, und andere Beobachter haben es mir bestätigt.

An diesem Punkte setzten meine neuerlichen Ueberlegungen ein. Warum wird die Schleimhaut im medianen Nahtbezirk so leicht nekrotisch? Selbstverständlich

1. weil die Nähte ihre Zirkulation stören,

2. weil in der Mitte der Katheter liegt und durch den Druck des Verbandes gerade die fragliche Schleimhautzone gegen denselben gedrückt wird. Aber auch bei ganz lockerem Verband kommt die Nekrose vor.

3. Es fehlt noch ein drittes Moment, und das scheint mir das wichtigste zu sein. Durch die planmässigen Unterbindungen der oberen und unteren Larynxgefässe bei der Operation heben wir die Zirkulation in der medianen Schleimhautzone geradezu auf. Was ist nun zu tun? Soweit es irgend geht, muss diese Zirkulation erhalten bleiben.

1. Also zum mindesten auf der gesunden Seite keine Ligatur des Lar. sup.

2. Man suche die Ligatur der beiden oder einer unteren Art. laryngea zu umgehen durch Ausschälung der Ringknorpelplatte.

3. Man lasse möglichst die Weichteile und Gefässgebiete mit der Schleimhaut in Verbindung. Also nicht Herauspräparieren der Schleimhaut aus dem Sinus piriformis, sondern Ausschälung des hinteren Drittels der Schildknorpelplatte aus seinem Perichondrium auf der gesunden Seite. Darnach die übliche Naht in zwei Etagen, pharynxwärts Seide, wundwärts Katgut.

Wenn es nun aber doch zur Nekrose und zum Durchbruch und zur medianen Fistelbildung kommt?

Es ist klar, wir bedürfen noch einer zweiten Versicherung.

In der Mitte des Halses dürfen keine Hautschnitte und keine Hautnähte sein. Die entstandene Lücke im Rachen muss von vornherein durch Haut gedeckt sein. Dann können die Schleimhautränder sich anlegen und die Oeffnung wird sich von selber schliessen. Wir kommen damit notgedrungen zu zwei seitlichen Hautschnitten, entlang den Vorderrändern des Kopfnickers, oben lateral bogenförmig ausgezogen zur Drüsenexstirpation, unten hinunterragend über das Niveau der einzunähenden Trachea. Für diese schneiden wir einen kleinen Längsschlitz in die mediane langgestreckte Hautbrücke und nähen die Trachea ringsum sorgfältig ein.

Bei solchem Vorgehen genügen zwei Drainröhren in den unteren Schnittwinkeln.

Nun kam die grosse Frage: Lässt sich der Kehlkopf unter einem solchen medianen, vom Kinn zum Sternum gespannten Lappen überhaupt herausschneiden, und wie gross sind die beim Operieren entstehenden Hemmungen? Lassen sie sich überwinden?

Es kommt auf einen Versuch an.

Wir versuchten die neue Schnittführung zuerst bei der Leiche. Und sieh da, es ging. Die Haut lässt sich genügend dehnen und auf die Seite ziehen, beim rechtsseitigen Operieren nach links, beim linksseitigen nach rechts.

Nun die Probe aufs Exempel beim Lebenden:

Hier steht sie.

Vor 6 Wochen habe ich es bei diesem Pat. (dem zehn Tage vorher links viele Drüsenknoten entfernt worden waren) genau so gemacht. Es ging ausgezeichnet. Sie sehen die langen Seitenschnitte. Die Haut liess sich noch besser verziehen wie an der Leiche. Man war kaum behindert. Links oben seitlich hatte ich sogar die Glandula submaxillaris, die ganze Zungenbeinhälfte, Epiglottis und Plica glosso- und pharyngo-epiglottica mit zu entfernen. Im Bereiche der Ringknorpelplatte war die Rachenschleimhaut intakt. Die Platte konnte ausgeschält werden. Im rechten Sinus piriformis konnten die Weichteile geschont werden. Die rechte Lar. sup. wurde absichtlich nicht unterbunden. Wir fanden die Blutung nicht merkbar vermehrt. Die Pharynxnaht liess sich nach allen Regeln durchführen; die Trachea, wie geplant, in einen Längsschlitz vernähen. Die langen Schnittwunden waren rasch durch Naht geschlossen. Links in der Mitte legte ich überflüssigerweise ein kurzes Drainrohr ein, unten zwei dicke lange Gummidrainagen. Verband ohne viel Druck. Ausserdem legte ich einen Fixationsverband für den Kopf an, um ihn in eine vorgebeugte Haltung zu zwingen und Kopfdrehungen zu hemmen. Dadurch wurden die Verschiebungen zwischen den Wundflächen tunlichst ausgeschaltet.

Erst am zehnten Tag war Verbandwechsel nötig. Es war ein kleiner Durchbruch erfolgt. Für einige Tage links Sekretion, aber es lief alles leicht durch den linken unteren Drain ab. Die Komplikation dauerte nur kurz, rasch wurden die Drains überflüssig. Und es heilte doch noch alles fast per primam zusammen, nach drei Wochen waren die Drainagen und der Rachenschlauch definitiv entfernt.

Pat. konnte schlucken. Die Trachealöffnung war schön weit. Die Luftröhre hatte den Hautlappen trichterförmig eingezogen. Wir begannen ohne Zögern mit dem Sprachunterricht. Was Herr Gutzmann in drei weiteren Wochen erreichte, ist erstaunlich. Pat. hat schon eine laute gute Pharynxsprache.

Man darf in künftigen Fällen getrost nach diesem Rezept verfahren.

Kisch (Hohenlychen) hält einen Vortrag über: Die Sonnen- und Stauungsbehandlung der chirurgischen Tuberkulose in der Ebene.

Killian fragt, ob Erfahrungen über Lungen- und Kehlkopftuberkulose vorliegen.

Kisch: Gegen die Lungentuberkulose wird eingewendet, dass eine gewisse Gefahr der Hämoptoe besteht, wenn man einen Menschen dauernd in die Sonne legt. Aber es gibt eine ganze Anzahl von Lungenspezialisten, die diese Gefahr nicht anerkennen. In Davos werden in einer Reihe von Anstalten auch die Lungentuberkulösen seit 2—3 Jahren mit Sonne behandelt. Ueber Kehlkopftuberkulose sind keine Erfahrungen gemacht.

Finder erinnert an die von Sorgo und anderen gemachten Versuche, die Kehlkopftuberkulose durch Sonnenlicht, das mittels Spiegels in den Kehlkopf geworfen wird, therapeutisch zu beeinflussen. Er selbst hat mit dieser Methode bei einigen Versuchen kein nennenswertes Resultat erzielt. Ein Teil der Patienten ist nicht geschickt genug, um die Sonnenstrahlen auch wirklich in den Kehlkopf zu dirigieren; ferner geht wahrscheinlich ein grosser Teil der Strahlen von der Mundöffnung bis zum Kehlkopf verloren, indem sie absorbiert werden.

Die Stauungsmethode ist bisher nur gegen ein Symptom der Kehlkopftuberkulose gebraucht worden, nämlich die Dysphagie; F. hat bisweilen gesehen, dass die Patienten — wenigstens anfangs — sich dagegen sträuben, weil sie das Gefühl hatten, stranguliert zu werden. Immerhin wären konsequent durchgeführte Versuche, die Stauungstherapie auch bei Kehlkopftuberkulose zu verwerten, sehr dankenswert.

Katzenstein: Seit ich im Jahre 1900 bei Herrn Geh. Rat Bier, damals in Greifswald, die Stauungsbehandlung der Tuberkulose im grossen gesehen habe, habe ich mich der Belichtung und der Stauung der Kehlkopftuberkulose zugewandt. Ich habe im Anfang wie Grabower eine Binde um den Hals gelegt und sie lange liegen lassen. Später habe ich einen Stauapparat von Pfau konstruieren lassen, einen einfachen Gummischlauch, der wie eine Wurst aufgeblasen und um den Hals gelegt wird (Demonstration). Dieser Apparat kann ganz, halbvoll oder wenig voll aufgeblasen werden und liegt um den Hals des Patienten mehr oder weniger stark fest. Während der Apparat liegt, ist in dem Larynx, der wiederholt untersucht wird, folgendes zu bemerken. Es tritt eine starke Hyperämie auf, an den Ulzerationen beobachtet man eine starke Absonderung. Wenn man systematisch, und zwar täglich den Hals staut, wird nicht nur die Dysphagie so gut wie behoben, sondern eine gute Wandlung in dem ganzen Zustande des tuberkulösen Larynx erzielt. Neben der Stauung muss die medikamentöse und chirurgische Behandlung des tuberkulösen Larynx einhergehen. Ferner verwende ich viel den Hänlein'schen Halslichtkragen. Was die Sonnenbestrahlung anlangt, so lasse ich bei sehr warmem, sonnigem Wetter die Patienten eine genau vorher festgesetzte Zeit nackt rudern und auch nackt auf Plaids am Ufer liegen, ferner lasse ich sie mit offenem Munde in der Sonne liegen.

Kisch (Schlusswort): Gestatten Sie mir zum Schluss einige kurze Bemerkungen. Wenn Herr Prof. Finder erwähnt hat, dass die Patienten bei Umlegung der Stauungsbinde sich wie stranguliert fühlen, so liegt das an der Technik; denn ein Patient empfindet es durchaus nicht unangenehm, wenn die Stauungsbinde umgelegt wird. Wir haben tausende von Patienten, denen wir die Halsbinde umgelegt haben, und haben das niemals beobachtet. Man darf sie nie zu fest umbinden, dass der Patient sich nicht gedrückt fühlt oder anämische Zustände bekommt. Es heisst, der Gummischlauch muss ungefähr 1 cm kürzer genommen werden, als der Umfang des Halses beträgt.

Dann zu der Sonnenbehandlung. Es war mir bekannt, dass die Patienten in Davos versucht haben, durch Einführung eines Spiegels die Sonne an den Kehlkopf zu bringen. Aber das ist etwas umständlich. Ich glaube, dass folgendes für die Behandlung der Kehlkopftuberkulose wichtig ist, wenn man die allgemeine Sonnenbehandlung nimmt. Es wird jetzt von Ophthalmologen durchgeführt, dass man die Tuberkulose des Auges, des Tränensacks und dann die Konjunktivitis nicht nur lokal behandelt, sondern allgemein mit Sonne, und die Lokalbehandlung ziemlich hintansetzt. Ausserordentlich wichtig ist die allgemeine Behandlung des Körpers mit Sonnenstrahlen. Ich glaube, dass ein grosses Unterstützungsmittel der anderen Behandlungsmethode ist, wenn man nicht direkt lokal auf den Herd, d. h. auf den Kehlkopf losgehen kann, wenn man ganz systematisch Sonnenbehandlung durchführt. Dagegen würde ich nicht dazu raten, die Patienten dabei tätig sein zu lassen, sie z. B. rudern zu lassen. Ich glaube, man darf solche Patienten nicht zu sehr anstrengen; denn die Sonnenbehandlung strengt schon sehr an. Ich habe eine Patientin mit Spondylitis behandelt, sie hat mir erklärt, dass sie nach 7stündiger Behandlung in der Sonne ebenso angestrengt sei, als wenn sie eine grosse Bergtour unternommen habe. Finder.

IV. Briefkasten.

Zur Besetzung des Killianschen Lehrstuhls.

Die Laryngologische Gesellschaft zu Berlin hat in ihrer am 15. April stattgehabten Sitzung einstimmig ihren Vorstand beauftragt, an massgebender Stelle dahin vorstellig zu werden, dass an der Universität Berlin ein selbständiges Ordinariat für Laryngologie erhalten bleibe.

Personalnachrichten.

Zum Nachfolger von Walb in Bonn ist Prof. Lange, bisher in Göttingen, berufen worden.

E. W. Scripture, die erste Autorität auf dem Gebiete der Sprachheilkunde und Phonetik in den Vereinigten Staaten, wird im Sommer 1921 am Institut für experimentelle Phonetik in Hamburg Vorlesungen halten.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVII. Mai 1921. No. 5.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft
von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **G. Bradt** (Berlin), **Calamida** (Mailand), **R. Dreyfuss** (Frankfurt a. M.), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **F. Hanszel** (Wien), **R. Hoffmann** (Dresden), **R. Imhofer** (Prag), **G. Jonquière** (Bern), **R. Kotz** (München), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **R. Lund** (Kopenhagen), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben
von

GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer.
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXVII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1921) 25 Mark.

Berlin 1921.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVII. Berlin, Mai. 1921. No. 5.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Luigi Rugani. Das Mendelsche Gesetz in der Oto-Rhino-Laryngologie. (La legge di Mendel nell' otorinolaringologia.)** *Arch. Ital. di Otol. etc. Febr. 1921.*

Verf. erörtert die Anwendung des Mendelschen Gesetzes auf gewisse Krankheiten (Taubstummheit, Ozäna, „Adenoidismus").

CALAMIDA.

2) **Y. Meurman. Studien über die Epithelfaserung in den Plattenepithelkrebsen und in einigen sogenannten Basalzellenkrebsen.** *Annales Acad. Scient. Fenn. 1919. Acta Oto-Laryngologica. Vol. II. H. 4.*

Ausser anderen Geschwülsten wurden auch solche vom Larynx, Oesophagus, Epipharynx, Oberkiefer und Tonsillen untersucht. Die 21 Plattenepithelkrebse wurden je nach dem Grade der Epithelfaserung in 5 Gruppen geteilt, in der ersten ist die Faserung so deutlich wie bei der normalen Epidermis, in der letzten ist sie gerade noch angedeutet. Verf. kommt zu dem Ergebnis, dass Epithelfaserung oder Andeutung von ihr in allen Plattenepithelkrebsen und Basalzellenkrebsen zu finden ist, dass der Grad ihrer Entwicklung unabhängig von dem Sitze der Geschwulst ist, dass sie bei diesen malignen Geschwülsten ähnliche Formen zeigt wie in der fötalen Epidermis, und dass die Richtung der Faserung denselben Gesetzen folgt wie in der Epidermis.

FINDER.

3) **H. Marschik** (Wien). **Ueber die Beziehungen der Halslipome zu den oberen Luft- und Speisewegen.** *Arch. f. Rhin. u. Laryng. Bd. 33. H. 3.*

Bei der von Madelung als Fetthals präzisierten Krankheit handelt es sich nicht um abgekapselte Tumoren, sondern um ganz diffuse, vom subkutanen Fettgewebe in die Tiefe wuchernde Geschwülste. Dass sie erst spät an den oberen Luft- und Speisewegen Erscheinungen machen, hängt nach Marschiks Ansicht wohl damit zusammen, dass die Wucherungen vom subkutanen Fettgewebe ausgehen und erst spät durch die Faszienschichten in die Tiefe dringen. Der erste von Marschiks Fällen zeigte als Ursache der Schluckbeschwerden nicht die

Lipome, welche gar keinen Zusammenhang mit den oberen Speisewegen aufwiesen, sondern ein Zenkersches Pulsionsdivertikel. Der zweite Fall zeigte eine retropharyngeale Lipomwucherung. Es erfolgte eine Operation per os, eine per Pharyngotomiam subhyoideam et Thyreotomiam. Die Folge dieser Operationen war eine 4fache Stenose der Trachea. Bei beiden Fällen zeigte sich ausser den Halstumoren keinerlei Lipomentwicklung am übrigen Körper. Keiner der Patienten war Alkoholiker, nervenleidend und bei keinem lag ein Trauma vor. Ausser auf die operative Methode, welche in beiden Fällen mit Erfolg angewandt wurde, macht Verf. noch auf die Medikation von Jod und Schilddrüsensubstanz sowie auf die Alkohol-Aetherinjektionen nach Schwalbe aufmerksam.

BRADT.

4) **W. Storm van Leeuwen** (Leiden). **Einige Bemerkungen über die Behandlung von Asthma bronchiale.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 6. S. 628. 1921.*

Nach Macht hat Verf. Benzylbenzoat bei Asthma angewandt, um den Krampf der glattgestreiften Muskulatur der Bronchien zu beeinflussen. Inhalationen einer Mixtur mit Kalziumchlorid (gleichzeitige Kalziumtherapie!) zeigten sich sehr brauchbar und machten Atropin und Papaverin unnötig (Formel: Benzylbenzoat 20; Gummi arab. 16; Sol. $CaCl_2$ 50 pCt. ad 200. 5mal täglich 10 ccm inhalieren).

Um die Reizbarkeit des zentralen Nervensystems herabzusetzen, empfiehlt Verf. Anwendung einer purinfreien Diät.

Ferner wird kurz die spezifische und nicht-spezifische Proteintherapie (Peptoninjektionen) besprochen.

v. GILSE.

5) **P. K. Olitsky** und **L. Gates** (New York). **Studien des Nasenrachenraumsekrets bei Influenzakranken. (Studies of the nasopharyngeal secretions from influenza patients.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 5. März 1921.*

Es gelang den Verff., bei nicht komplizierten Fällen von epidemischer Influenza aus dem filtrierten Sekret des Nasenrachenraums kleinste Körperchen zu gewinnen, die ganz bestimmte morphologische Eigenschaften besitzen. In das Blut oder in die Lungen von Kaninchen eingespritzt, rufen sie ähnliche Erscheinungen hervor, wie das filtrierte und nicht filtrierte Sekret des Nasenrachenraums.

FREUDENTHAL.

6) **Jean Guisez. Ueber ein neues vollkommen ungiftiges Lokalanästhetikum, das „Atoxodyn". (Sur un nouvel anesthésique local complètement dépourvu de toxicité, „l'atoxodyne".)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. Mai 1921.*

Das Mittel ist ein benzoesaurer Mono-Amino-Alkohol ($C_{10}H_{17}NO_3$). Es macht im nicht entzündeten Gewebe eine vollkommene Anästhesie. Es muss mit Adrenalin zusammen angewandt werden: 3 Tropfen auf 5 ccm einer 2proz. Lösung; bis zum Eintreten der Anästhesie dauert es 5—8 Minuten. Sie dauert über eine halbe Stunde. Auch nach irrtümlicher Einspritzung einer 10proz. Lösung trat keine Störung ein. Verf. hat das Mittel nur in submuköser bzw. subkutaner Einspritzung angewandt.

Das Mittel ist absolut ungiftig und kann in beliebiger Quantität angewandt werden.

FINDER.

7) **Th. Hug** (Luzern). **Einige Fremdkörper in den Luft- und Speisewegen.** *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 122. S. 153. 1921.*

Verf. hatte Gelegenheit, während der Jahre 1907—1920 22 Fremdkörper zu beobachten und zu behandeln, 5 in den Bronchien, 1 im subepiglottischen Raum, 2 im Sinus piriformis und 14 in der Speiseröhre.

Er gibt eine Reihe von Krankengeschichten nebst Abbildungen und vor allem Ratschläge, die äusserst lesenswert und beherzigenswert sind.

DREYFUSS.

b) Nase und Nasenrachenraum.

8) **A. Luzzatti. Ein Fall von angeborener doppelseitiger Choanalatresie. (Un caso di atresia bilaterale congenita delle coane.)** *Arch. Ital. di Otol. etc. Februar 1921.*

Mitteilung eines Falles, betreffend ein 6 Monate altes Kind. Trotzdem durch die Operation (Durchbohrung der Atresie mittels Troikart und Trepan) die Nasenatmung wiederhergestellt wurde und das Kind saugen konnte, war der Allgemeinzustand so schlecht, dass es nach 8 Tagen starb.

CALAMIDA.

9) **Grant Selfridge. Vasomotorische Störungen in der Nase mit besonderer Beziehung auf Heufieber; Bericht für das Jahr 1919. (Vasomotor disturbances of the nose with special reference to hayfever with report for the year 1919.)** *The Laryngoscope. Oktober 1920.*

Nach des Verfassers Erfahrung wirkt Schilddrüsenextrakt in kleinen Dosen und Pituitrin günstig auf Rhinitis vasomotoria ein. Unter 40 Heufieberfällen hatten 16 Nebenhöhleninfektion während des Heufiebers. Zweck des Aufsatzes ist hauptsächlich Besprechung eigenartiger Heufiebererscheinungen in Californien, welche nach Verf. besonders durch ein dortiges Gras, Ray-Gras genannt, erzeugt werden.

O. T. FREER.

10) **K. Eskuchen** (München-Schwabing). **Die Vakzinetherapie des Heufiebers.** *Therapie der Gegenwart. Februar 1920.*

Die Vakzinetherapie des Heufiebers setzt an Stelle der früheren rein symptomatischen und sehr unsicher und vorübergehend wirkenden Behandlung die spezifische, kausale. Durch Erfahrung ist man dazu gelangt, die prophylaktische „Immunisierung“ zu kombinieren mit der „Kupierung“, d. h. der Injektion von Pollentoxin während der Blütezeit; durch konsequent durchgeführte immunisatorische Behandlung vor der Blütezeit soll man rechtzeitig einen so hohen und stabilen Resistenzgrad erreichen, dass man während der Blütezeit genügend starke Vakzinekonzentrationen gefahrlos einspritzen kann, um das Auftreten irgendwelcher Krankheitssymptome von vornherein zu unterbinden. Die Behandlung darf nicht schematisch sein. Im Herbst oder spätestens im Januar muss die individuelle Empfindlichkeit festgestellt werden; dies geschieht durch intrakutane Injektion, am besten einer konzentrierten Vakzine, von der man nur eine kleine Menge braucht (0,2 ccm von 50 proz. Konzentration). Verf. teilt die Fälle je nach dem Empfind-

lichkeitsgrade in Verbindung mit den Angaben über die subjektiven Beschwerden in leichte, mittlere und schwere ein; er gibt nun einen detaillierten Plan, wie die Behandlung durchzuführen ist. Er hat die besten Resultate mit seiner eigenen Vakzine erzielt. (Zu beziehen durch die Fabrik pharmazeutischer Präparate Wilhelm Natterer, München 19.)

FINDER.

11) **Karl Amersbach** (Freiburg). **Zur Klinik der nasalen Reflexneurosen.** *Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

Kurze Würdigung der von Killian besonders durchforschten Ethmoidalneurosen, d. h. aller vom vorderen Abschnitt der Nasenschleimhaut ausgehenden Neurosen. Verf. stimmt auch nach eigenen Erfahrungen mit der Wichtigkeit der von Killian angegebenen vier knizometrisch reizbaren Reflexstellen an den beiden Tubercula septi und den über den vorderen Enden der unteren Muscheln gelegenen Schleimhautabschnitten überein. Für besonders bedeutungsvoll hält Verf. die reflektogenen Neuralgien. Therapeutisch erzielte er gute Erfolge mit der Aetzung der Killianschen Punkte.

BRADT.

12) **L. G. Dunlop** (Anaconda, Mont.). **Perforationen des Septums infolge von Arseninhalation. (Perforations of the nasal septum due inhalation of arsenous oxid.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 26. Februar 1921.*

Beim Schmelzen des Kupfers wird ein „Arsenstaub" frei, der von den Arbeitern in den Bergwerken eingeatmet wird, sich mit der Feuchtigkeit der Schleimhaut verbindet und in der Nase als arsenige Säure deponiert wird, wo am Locus Kiesselbachii eine Nekrose erzeugt wird. Es entwickelt sich eine weisse, leicht erhabene, 5 mm im Durchmesser fassende Fläche. Bei einiger Sorgfalt (Bestreichen mit öliger Mischung) heilt dieser Prozess aus. Doch wird das nicht von den Arbeitern beachtet, bis eine vollständige Perforation vorhanden ist. Die Schleimhaut schwillt dann stark, rollt sich vom Septum ab mit grauen, ödematösen Rändern, und Nasenverstopfung tritt ein. Die Behandlung besteht dann in einer weiteren Resektion des Knorpels, um so die Schleimhäute der beiden Seiten zusammenzubringen. Bei zu grossen Perforationen muss man eine plastische Operation machen oder einen Obturator einlegen, um Krustenbildung zu verhüten.

FREUDENTHAL.

13) **Pietro Caliceti. Ulzeröse Sporotrichose des häutigen Septums und der Nasenschleimhaut. (Sporotricosi ulcerosa del sotto-setto e della mucosa nasale.)** *Arch. Ital. di Otol. etc. Februar 1921.*

Pat., 30jähriger Mann, hatte vorher eine Ulzeration an der Oberlippe und an der Aussenseite der rechten Orbita; sie war als luetisch angesehen worden, was um so näher lag, als es sich um ein syphilitisches Individuum handelte; jedoch war die antisyphilitische Behandlung ergebnislos. Schliesslich wurde im Sekret der Ulzerationen Sporotrichum gefunden. Als Pat. zu L. kam, war eine Ulzeration des häutigen Septums und der Schleimhaut im vordersten Septumteil vorhanden. Mikroskopische Untersuchung und Kulturverfahren ergaben die Anwesenheit von Sporotrichum in dem Geschwürssekret. Unter grossen Joddosen (4—7 g pro die) trat schnell völlige Heilung ein.

CALAMIDA.

14) **Fernet** und **Paul Laurens. Behandlung des Nasenlupus. (Traitement du lupus du nez.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. Januar 1921.*

Verff. stehen auf dem Standpunkt, dass der Lupus der äusseren Nase stets begleitet ist von endonasalem Lupus oder vielmehr dass dieser jenem vorausgeht — „der zuerst endonasale Lupus wird allmählich exonasal". Verff. geben eine Beschreibung dieser beiden klinischen Formen. Sie behandeln sowohl den Lupus des Naseninnern, wie den der äusseren Nase mit tiefen Skarifikationen, zu welchen sie sich des Skarificateurs von Brocq bedienen; sie begnügen sich nicht mit linearen Skarifikationen, sondern wenn sie fühlen, dass das Instrument in weicheres krankes Gewebe eindringt, so verleihen sie dem Skarifikateur eine rotierende, schraubenzieherartige Bewegung, um so den tuberkulösen Knoten zu enukleieren. Die Skarifikation wird alle 8 Tage wiederholt, in schweren Fällen wöchentlich zweimal. Sofort nach der Skarifikation, sobald es nicht mehr blutet, wird die ganze skarifizierte Fläche gepinselt mit 1—2—10proz. Lösung von Kaliumpermanganat. In schweren Fällen wird die Pinselung 3mal am Tage gemacht. Verff. verwerfen im allgemeinen die Anwendung von Radiotherapie bei Lupus. FINDER.

15) **J. W. West** (Berlin). **Die totale Exstirpation des Tränensackes von der Nase aus mit Wiederherstellung des normalen Abflusses in Fällen von Dakryocystitis.** *Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 45. S. 159. 1921.*

Nach einem historischen Ueberblick über die Entwicklung seiner Methode berichtet W., dass er jetzt den Tränensack von der Nase aus total entfernt und nicht mehr wie früher die laterale Wand stehen lässt. — Im ganzen hat W. bis jetzt (nach verschiedenen Methoden) über 1000 Fälle operiert. DREYFUSS.

16) **Robert E. Wright. Ergriffenwerden der Orbita bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (Involvement of the orbit in disease of the nasal accessory sinuses.)** *Brit. med. Journ. 16. April 1921.*

Verf. hat seine Beobachtungen an der Gouvernements-Augenklinik in Madras gesammelt; er teilt 5 Fälle mit: 1. Kleine runde Schwellung unter der Mitte des oberen Orbitalrandes und Ptosis; Pat. konnte selbst durch Druck den Tumor entleeren. Schwellung der mittleren Muschel, Eiter und Polypen im mittleren Nasengang, Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel und Eröffnung des Siebbeins brachte völlige Heilung. 2. Pat. hatte heftige Kopfschmerzen; während eines Anfalles trat eine Schwellung unter der Augenbraue auf, die eröffnet wurde und seitdem fistelte. Killiansche Operation; es fand sich Erosion des Orbitaldachs rechts und subperiostale Eiteransammlung über dem Os planum und dem Tränenbein. Heilung. 3. Propulsion des rechten Augapfels, ausgedehnte Schwellung des Lids und der Nasenwurzel, pulsierende Schwellung über dem unteren Ende der rechten Augenbraue; Nase vollkommen verschwollen. Es zeigte sich bei der Operation, dass das rechte Orbitaldach völlig fehlte und darüber ausgedehnte Karies vorhanden war mit Freiliegen der Dura. Heilung unter grosser Deformität. 4. Orbitalphlegmone; das Orbitaldach war nach der Stirnhöhle zu perforiert. 5. Ausgedehnte Ulzeration der Orbita und Stirnhöhle infolge gummöser Erkrankung, wozu später Myasis hinzutrat. FINDER.

17) **H. Herzog** (Innsbruck). **Zur Aetiologie der Neuritis optica.** *Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

Die Diagnose der rhinogenen Neuritis wird nur per exclusionem, d. h. auf den therapeutischen Erfolg hin gestellt. Verf. beschreibt zunächst 2 Fälle von Neuritis optica mit geschlossenem Siebbeinempyem mit Zurückgehen der Neuritis nach Siebbeinoperation. Sodann 2 Fälle, bei welchen bei bestehender retrobulbärer Neuritis im Naseninnern keine entzündlichen Veränderungen festgestellt sind und wobei harmlose Eingriffe des Erfolges wegen zu erfolgreichen und begründeten therapeutischen Massnahmen gestempelt werden. H. schliesst sich der Ansicht Stengers an, dass die Anwesenheit eines ursächlichen Krankheitsherdes und die nachbarlichen Beziehungen des Optikus zu ihm noch nicht genügen, um zu komplizierenden Augenerkrankungen zu führen, sondern dass im einzelnen Falle noch besondere Bedingungen vorliegen müssen, die zur Ueberleitung auf die Nachbarschaft Veranlassung geben. H. sieht die Ursache für die Ueberleitung in der Infektion selbst bzw. in der Reaktion der Gewebe gegenüber dem entzündlichen Reize, im besonderen dem Charakter der Ostitis, und weist auf die Wichtigkeit der histopathologischen Untersuchung hin.

BRADT.

18) **G. B. Webb** und **B. Gilbert** (Colorado Springs, Colo.). **Bronchiektasie und Bronchitis in Verbindung mit Nebenhöhlenerkrankungen. (Bronchiectasis and bronchitis associated with accessory sinus disease.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 12. März 1921.*

Die Abhängigkeit der chronischen Bronchitis und der Bronchiektasie von Nebenhöhlenerkrankungen wird meistens übersehen. Die Verff. sahen nur sehr wenige Fälle der ersten Klasse, bei denen keine Nebenhöhlenaffektion gefunden wurde. Doppelseitiges Empyem des Antrums war am häufigsten. Aber zuweilen waren alle Nebenhöhlen ergriffen, ohne dass die Patienten Beschwerden von Seiten der Nase hatten.

PREUDENTHAL.

19) **La Barre** (Brüssel). **Doppelseitige Kieferhöhlenentzündung bei einem Neugeborenen. (Sinusite maxillaire double chez un nouveau-né.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. Januar 1921.*

Ein Monat altes Kind zeigte Erscheinungen rechtsseitiger Kieferhöhleneiterung im Anschluss an nasale Infektion. Eröffnung der Höhle ergab Eiter, in dem Staphylococc. pyogenes aureus in Reinkultur vorhanden war. Kurze Zeit nachher dieselben Erscheinungen auf der anderen Seite, jedoch weniger schwer, — sie verschwanden jedoch nach Ausstossung eines grossen Sequesters aus der Nase, der von der inneren Sinuswand herstammte, und nach Eröffnung eines Zahnfleischabszesses.

FINDER.

20) **Ross Hall Skillern** (Philadelphia). **Das Ethmoidalproblem. (The ethmoidal problem.)** *The Journ. of Laryng. and Otol. März 1921.*

Nach Verf.'s Ansicht sind die unbefriedigenden Resultate, die in so vielen Fällen durch die endonasale Eröffnung des Siebbeinlabyrinths erzielt werden, darauf zurückzuführen, dass wahllos alle Zellen, die mittels der Zange zu er-

reichen sind, entfernt werden, gleich ob sie krank oder gesund sind, während gerade diejenigen, die am meisten infiziert sind, fronto-ethmoidale, orbito-ethmoidale, maxillo-ethmoidale Zellen, an der für unser Instrument unzugänglichsten Stelle liegen. Häufig ist die Eiterabsonderung nach der Operation erheblich stärker als sie vorher war. Dies liegt daran, dass wir es vorher mit einer oder mehreren Zellen zu tun hatten, deren Schleimhaut erkrankt war, während wir jetzt durch unseren Eingriff das vorher intakte Labyrinth zu einer disorganisierten, eiternden Masse gemacht. Man muss vielmehr nach dem Grundsatz verfahren, den Eiter aufzufinden und bis zu seiner Quelle zu verfolgen. Verf. meint, dass in sehr vielen Fällen schon die Turbinektomie durch bessere Lüftung und Drainage des Siebbeinlabyrinths Heilung herbeiführt; tritt dies einige Zeit nach Entfernung der mittleren Muschel nicht ein, so muss man durch systematische Beobachtung herauszufinden trachten, welche Zelle oder welche Zellen erkrankt sind, wobei eine gute stereoskopische Röntgenaufnahme eine Hilfe bietet. Hat man diese ausfindig gemacht, so wird an der abhängigsten Stelle mit einem geeigneten Haken eine grosse Oeffnung gemacht und gespült. Eiterung in allen vorderen Zellen erfordert die Eröffnung des Proc. uncinatus, um die längs des Infundibulum und im Agger nasi gelegenen Zellen freizulegen; da aber gewöhnlich dann auch die Zellen mitinfiziert sind, die nach hinten von der Muschellamelle liegen, so muss auch letztere durchbrochen werden. Lässt auch dies im Stich, so bleibt nur die Operation von aussen.

FINDER.

21) A. Raoult (Nancy). **Mukozele der Stirnhöhle. (Mucocèle du sinus frontal.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. Januar 1921.*

Verf. berichtet über einen Fall von Mukozele der Stirnhöhle bei einem 13jährigen Mädchen. Im linken inneren Augenwinkel ein Tumor von der Grösse einer grossen Nuss, der weich, zum Teil eindrückbar war und das Gefühl der Fluktuation gab. Die Röntgenaufnahme zeigte sehr deutlich den Zusammenhang der Zyste mit der Stirnhöhle. Bei der Operation zeigt sich, dass zwei Fächer vorhanden sind, die durch eine Scheidewand getrennt sind und zwar wird diese gebildet durch die äussere nach aussen gedrängte Wand des Canalis naso-frontalis. Nach der Operation völlige Heilung.

Im Anschluss daran Uebersicht über Symptomatologie, Diagnostik und Behandlung der Stirnhöhlenmukozelen.

FINDER.

22) Pietro Calicetí. **Ueber die Citellische Methode in der Behandlung und Diagnose der Oberkiefer- und Stirnhöhleneiterung. (Sui metodi Citelli nella cura e diagnosi delle sinusiti purulente frontali e mascellari.)** *Arch. Ital. di Otol. etc. Februar 1921.*

Die Methode Citellis besteht für die Kieferhöhle darin, dass in der Fossa canina — entsprechend dem II. Praemolaris und I. Molaris — ein kleiner Schleimhautschnitt gemacht und nach Freilegung des Knochens in diesen mit der Handtrephine ein Loch gebohrt wird, für die Stirnhöhle darin, dass eine kleine Oeffnung in der Vorderwand im oberen inneren Augenhöhlenwinkel gemacht wird. Verf. hält diese Methode nicht nur für viele Fälle von akuter und subakuter Eiterung, sondern auch bei chronischer Eiterung in diagnostischer und therapeutischer

Beziehung für ausgezeichnet und sucht dies durch Mitteilung von 10 Krankengeschichten zu beweisen. CALAMIDA.

23) **Harry A. Barnes. Die kombinierte Radiumbehandlung der Nebenhöhlen. (The combined and radium treatment of the nasal accessery sinuses.)** *The Laryngoscope. Oktober 1920.*

Wegen ihrer versteckten Lage werden bösartige Geschwülste der Nebenhöhlen meistens erst dann entdeckt, wenn sie weit fortgeschritten sind. Solche der Kieferhöhle werden besonders leicht für einfaches Empyem gehalten. Kommt es zur Operation, so wird diese leider meist vom allgemeinen Chirurgen ausgeführt; welcher meistens den Oberkiefer ganz nutzlos entfernt, ausser in den Fällen, wo das Gewächs ganz auf die Kieferhöhle beschränkt ist.

Da es unmöglich ist, bösartige Geschwülste der Nase und ihrer Nebenhöhlen ganz und mit scharfer Umgrenzung zu entfernen, weil sie stückweise weggenommen werden müssen, hat das Radium die wichtige Aufgabe, die Umgebung der Geschwulst nach ihrer Entfernung prophylaktisch gegen Rezidive zu bestrahlen.

Das Innere der Kieferhöhlen, sagt Verf., entzieht sich nach ihrer intranasalen Eröffnung der Beschauung und er gebraucht deshalb immer die Eröffnung dieser Nebenhöhlen durch ihre äussere Wand nach Moure. B. entfernt hierbei ein dreieckiges Stück der Gesichtshaut, um ein immer offenes Fenster zur beständigen Inspektion des Höhleninneren so zu erzeugen. Durch dieses Fenster sei auch die Keilbeinhöhle und das Siebbein auf etwaige neue Geschwulsterzeugung zu untersuchen. O. T. FREER.

24) **Fernandez. Nasenrachenfibrom. (Fibrome nasopharyngien.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. März 1921.*

22jähr. Mann, klagt über Schluckbeschwerden, die in letzter Zeit so zugenommen haben, dass er nur noch Flüssigkeiten schlucken kann. An der rechten Halsseite ein grosser Tumor, der angeblich besteht, solange Pat. denken kann und der in letzter Zeit erheblich an Grösse zugenommen hat. Im Pharynx ein taubeneigrosser Tumor, der die rechte seitliche und hintere Wand einnimmt, das Gaumensegel, die Gaumenbögen und die rechte Mandel nach vorn drängt und sich hart anfühlt. Da der äussere Tumor das Gefühl von Fluktuation gab, so dachte F. an eine kongenitale Zyste. Bei der Operation zeigte sich aber, dass es sich um einen eingekapselten, auf dem Durchschnitt fibrösen Tumor handelte, der die ganze Zervikalregion einnahm, in Höhe der Scheide der grossen Gefässe nach aussen vorsprang, die Hälfte des Rachens einnahm und von der Fibrocartilago basilaris seinen Ursprung nahm. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Myxo-Fibrom und Verf. stellte die Diagnose auf ein Nasenrachenfibrom, das sich nicht in der Richtung nach der Nase zu, sondern nach unten zu entwickelt und seinen Weg hinter den Proc. pterygoideus in die Fossa zygomatica genommen hat. FINDER.

25) **B. Wiskowsky. Fibrom des Nasenrachens.** *Casopis Lekaruv Ceskych. No. 13. 1921.*

15jähriger Knabe atmet seit ca. 1 Jahre schlecht durch die Nase und führt dies auf Eindringen von Wasser bei einem Sprunge beim Baden zurück.

Komplette Mundatmung, Rhinolalia clausa posterior. Bei Digitaluntersuchung ein derber, breit der Schädelbasis aufsitzender Tumor von glatter Oberfläche tastbar. Er ist vom Vomer, den Muscheln gut abgrenzbar und bewegt sich beim Schlucken etwas mit dem Gaumensegel. Auch bei leichter Berührung blutet der Tumor erheblich.

Operative Behandlung ist indiziert. IMHOFER.

26) Castex. **Die Pseudo-Adenoidenträger. (Les faux adénoidiens.)** *Académie de Médecine. November 1920.*

C. gibt eine Uebersicht über die verschiedenen Kategorien von Kindern, die — ohne adenoide Vegetationen zu haben — den Anschein erwecken, Träger von solchen zu sein infolge gewisser Missbildungen und Veränderungen, die den klassischen von Wilhelm Meyer 1868 beschriebenen Typus vortäuschen. Es sind der Häufigkeit nach:

1. Kleine Kinder, deren Nasenrachenraum sich noch nicht durch normale Entwicklung vergrössert hat.

2. Kleine lymphatische Kinder mit dicker Schleimhaut, durch die die Geräumigkeit der Nasenhöhlen eingeengt wird.

3. Kinder mit zu dicker oder mit grossen Leisten versehener Scheidewand.

4. Doliochozephalen, deren hohes Gaumengewölbe den vertikalen Durchmesser der Nasenhöhlen vermindert.

5. Hereditär-Syphilitische, bei denen der Zwischenkieferknochen oft atrophisch ist.

Die Diagnose ist bisweilen erschwert durch die Tatsache, dass die Pseudo-Adenoidenträger die Komplikationen aufweisen können, die bei wahren Adenoiden vorkommen, sogar die Deformation des Thorax. FINDER.

c) Mundrachenhöhle.

27) **Schumacher** (Berlin). **Zur Quecksilber- und Goldstomatitis.** *Derm. Wochenschrift. No. 15. 1921.*

Der Name Krysolganstomatitis würde zweckmässigerweise durch den der „Gold"stomatitis zu ersetzen sein. Bei der Einleitung einer Behandlung mit Goldpräparaten ist ebenso wie bei der Hg-Stomatitis auf Beseitigung schadhafter Zähne zu dringen und prophylaktisch der Gebrauch oxydierender Mittel, H_2O_2 oder eine Sauerstoff abspaltende Zahnpaste, bei ausgebrochener Stomatitis Chromsäure zu empfehlen. SEIFERT.

28) **M. Brandes. Zur Onkologie der Speicheldrüsen. Ueber Karzinomentwicklung in Mischgeschwülsten der Parotis.** *Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 24. H. 3. 1920.*

Ausführliche Arbeit mit histologischen Abbildungen, die in grossen Zügen annähernd folgendermassen zusammengefasst wird:

1. Unter den Mischgeschwülsten der Parotis finden sich auch solche, welche eine sehr einfache gewebliche Zusammensetzung zeigen. In ihnen ist nur Bindegewebe und Epithel zur Entwicklung gelangt.

2. Diese primär gutartigen, abgekapselten Tumoren scheinen eine grössere Neigung zum sekundären malignen Wachstum zu besitzen, als die komplizierter gebauten.

3. Sie verdanken ihre Entstehung embryonal ausgeschalteten oder verlagerten ektodermalen und mesenchymalen Zellkomplexen im Sinne Wilms.

4. Sowohl die epithelialen wie die bindegewebigen Zellen der Tumoren zeigen häufig noch embryonalen Charakter.

5. An dem sekundären malignen Wachstum beteiligen sich nur die Epithelien; es ist also in den Tumoren ein Uebergang zur Karzinombildung erfolgt.

6. Die Karzinombildung in diesen Mischgeschwülsten ist zurückzuführen auf eine Isolierung der Epithelien aus dem physiologischen Zellverband der anfangs fibro-epithelial wachsenden Geschwülste.

7. Als Entstehungsursache karzinomatöser Rezidive nach Exstirpation solcher Mischgeschwülste muss angenommen werden, dass bereits eine karzinomatöse Entartung eines Teils der Geschwülste zur Zeit der Exstirpation bestand, dass bereits ein Kapseldurchbruch und ein Vordringen in die Umgebung statthatte.

8. Die frühzeitige Radikalexstirpation aller Speicheldrüsentumoren, besonders auch der früher sogenannten „Endotheliome" ist die beste Vorbeugung der Karzinomentwicklung aus diesen Tumoren.

W. SOBERNHEIM.

29) **Egbert Schwarz. Ueber primäre und isolierte Speicheldrüsenaktinomykose.** Aus der chir. Univ.-Klinik Rostock. *Bruns' Beiträge zur klin. Chir. Bd. 131. S. 629. 1921.*

Klinische und histologische Beschreibung eines Falles von primärer Aktinomykose der Gland. submaxillaris bei einem 32 Jahre alten Mann. Im Drüsenhilus lag ein Konkrement, das eine Getreidegranne und Drüsen enthielt; es war diese also offenkundig durch den Ductus Whartonianus eingewandert.

Verf. macht auf die Kongruenz der klinischen Symptome der sogenannten entzündlichen Speicheldrüsentumoren mit seinem Aktinomykosenfall aufmerksam und gibt zu bedenken, ob nicht öfters in solchen Fällen Aktinomykose dahinter steckt.

DREYFUSS.

30) **Gunnar Holmgren** (Stockholm). **Fall von Amyloidtumor im Gaumen und in der Nasenhöhle.** *Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

Der oben genannte Tumor nahm den harten und den vorderen Teil des weichen Gaumens ein und ragte in der Mitte des rechten unteren Nasenganges etwa mandelgross noch in die Höhe. Während die Probeexzision noch kein klares Bild lieferte, wurde nach radikaler Entfernung des Tumors die histologische Diagnose einwandfrei auf Amyloid gestellt.

BRADT.

31) **M. Goerke. Fibrolipom des Hypopharynx.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 273.*

Verf. beschreibt ein Fibrolipom des Hypopharynx von ungewöhnlicher Grösse, das trotzdem dem Patienten nur sehr geringe Beschwerden machte. Die Therapie bestand in Exstirpation. Der exzidierte Tumor war etwa 30 cm lang, an seinem äusseren Ende 5 cm, am inneren $2^1/_2$ cm breit, 2—3 cm dick. Der Heilerfolg war zufriedenstellend.

BRADT.

32) A. Rivière (Lyon). **Retropharyngeale Phlegmone bei einer Greisin, einen malignen Tumor vortäuschend. (Phlegmon rétropharyngien simulant chez un vieillard une tumeur maligne.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. März 1921.*

Das Bemerkenswerte in dem mitgeteilten Falle ist: 1. Das hohe Alter (69 Jahre). 2. Die Dauer von einem Monat. 3. Der schlechte Allgemeinzustand. Obwohl Heiserkeit und Dysphagie nach Entleerung des Abszesses völlig verschwanden, ging die Abmagerung weiter und Pat. starb einen Monat später.

FINDER.

33) H. L. Cronk. **Die Nierenkomplikationen bei akuter lakunärer Tonsillitis. (The renal complications of acute lacunar tonsillitis.)** *Practitioner. November 1920.*

Verf. hat in einer Anzahl von Fällen von Angina lacunaris unter Ausschaltung aller auf Diphtherie und Scharlach verdächtiger Fälle täglich den Urin untersucht; er fand in 80 pCt. Eiweiss. Die Albuminurie hing nicht ab von der Höhe der Temperatur. In 7 pCt. der Fälle war Nephritis vorhanden, wie die Anwesenheit von Zylindern und Sediment ergab. Diese Nephritis war von latentem Typus mit geringen Symptomen und glich in bezug auf die Heilungstendenz der Scharlachnephritis.

FINDER.

34) Johann Fein (Wien). **Der lymphatische Rachenkomplex und seine akute Entzündung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jahrg. 54. S. 817.*

(Der III. Abschnitt dieser Arbeit [Chronische Entzündung des lymphatischen Rachenkomplexes] erschien im Heft 4, Jahrg. 54, der Monatsschr. f. Ohrenheilk., der Abschnitt IV [Die Anginose] erschien in der Med. Klinik, Juni 1920, Abschnitt V und VI [Therapie und Indikationen für operative Eingriffe] werden später erscheinen.)

Das tonsilläre Gewebe im Rachen bildet anatomisch und physiologisch ein zusammengehörendes System, dessen mehr oder weniger stark ausgesprochene Entwicklung hauptsächlich auf individuelle Veranlagung zurückzuführen ist. Ebenso sind Zerklüftung der Mandeloberfläche, bindegewebiges Balkennetz usw. nicht Zeichen einer Entzündung so wenig als Detritusmassen und Pfröpfe in den Tonsillen.

Die Angina, worunter die akute nicht spezifische Entzündung des lymphatischen Rachenkomplexes zu verstehen ist, durchsetzt immer das ganze Parenchym, eine isolierte akute Entzündung einzelner Abschnitte des lymphatischen Apparates gibt es nicht. Dabei handelt es sich sowohl bei der Angina catarrhalis, lacunaris und follicularis um ein und dieselbe Krankheitsform. Hingegen ist der lokale Entzündungsprozess um so intensiver, je grösser die dimensionale Entwicklung des lymphatischen Apparates ist. Daher ist prophylaktisch eine Verkleinerung der Gesamtmasse durch Adenotomie bzw. Tonsillotomie angezeigt.

SCHLITTLER.

35) Cr. Coulet (Nancy). **Ein tödlicher Fall von Mandelabszess. (Un cas mortal d'abscès de l'amygdale.)** *Revue de Laryng., d'Otol. et de Rhin. No. 2/3. 31. Januar 1921.*

Ein Mann wurde in das Hospital aufgenommen mit einer seit 3 Tagen be-

stehenden Dysphagie. Die rechte Halsseite ist sehr ödematös, auf Druck etwas empfindlich; kein Trismus. Schwellung des weichen Gaumensegels und der Tonsille. Eine Punktion der Schwellung mit dem Galvanokauter lässt eine kleine Menge schwärzlicher, übelriechender Flüssigkeit austreten. Am nächsten Tage geht es ihm besser und er verlässt das Hospital, um spazieren zu gehen. Eine Stunde nach seiner Rückkehr findet man ihn tot auf seinem Bett.

Autopsie ergibt einen grossen Eiterherd in der Tiefe der Mandelbucht. Dieser setzte sich als diffuse Halsphlegmone längs der Gefässscheide fort. Seropurulenter Pleuraerguss mit sehr ausgesprochener Degeneration des Perikards.

FINDER.

36) **Vogel** (Marburg). **Erfahrungen mit Eukupin-Infiltrationsanästhesie bei Gaumenmandelausschälung.** *Med. Klinik. No. 14. 1921.*

Eine Herabsetzung des Operationsnachschmerzes ist nach Verwendung einer 0,2proz. Eukupinlösung für die Infiltrationsanästhesie sicher vorhanden, aber nicht derartig hervortretend, dass man von dem altbewährten Mittel des Novokain Abstand nehmen muss und ausschliesslich die Eukupininfiltrationsanästhesie anwenden soll. Auch ein schnelleres Abstossen der Wundbeläge konnte bei dieser nicht festgestellt werden.

SEIFERT.

37) **Vernieuwe** (Gent). **Primäre Aktinomykose der Tonsille.** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. November 1920.*

Verf. berichtet über einen Fall von Aktinomykose bei einem Pat., der wegen angeblicher Lungentuberkulose in Behandlung war; im achten Interkostalraum hinten und über dem Sternum befand sich eine Fistel, von „kaltem“ Abszess herrührend. Untersuchung nach Kurettage dieser Fisteln zeigte gelbe Körnchen, die sich bei der Untersuchung als Aktinomykose erwiesen. Beide Lungenspitzen waren verdichtet, ebenso die Basis der rechten Lunge; hier bestand auch etwas chronische Pleuritis. Es wurde klar, dass der rechte Unterlappen der erste Herd in der Brust war; Röntgenaufnahme zeigte, dass beide Lungen und das Mediastinum ergriffen waren. Ungefähr einen Monat vor Beginn des Hustens hatte Pat. einen Tonsillarabszess gehabt, der noch 5 Monate lang nach der Inzision nicht-fötiden Eiter absonderte. Verf. nimmt an, dass die Infektion durch die Oesophaguswand in das Mediastinum fortgeschritten sei. Unter lokaler und intramuskulärer Anwendung von Jodkolloid trat erhebliche Besserung ein. Verf. führt aus der Literatur 68 Fälle von Aktinomykose in Hals, Nase und Ohr an.

FINDER.

d) Kehlkopf und Luftröhre.

38) **Samuel Iglauer. Bericht über einen Fall von Laryngozele. (The report of a case of laryngocele.)** *New York med. Journ. 16. März 1921.*

Nach Reich (Beitr. z. klin. Chir., 1914) betrug die Zahl der in der Literatur bis 1914 berichteten authentischen Fälle von Laryngozele 21; dazu kommt ein Fall von Pluyette (Marseille médical, 1917). Der hier berichtete Fall betrifft ein 5jähriges Mädchen. Schon als es 9 Monate alt war, bemerkte die Mutter beim Schreien neben dem Kehlkopf eine Geschwulst, die zuerst haselnussgross war, im

Alter von $3^1/_2$ Jahren aber die Grösse eines Hühnereies erreicht hatte. In Ruhe war keine Schwellung sichtbar, bei exspiratorischer Anstrengung erschien im rechten vorderen Zervikaldreieck der Tumor, der in vertikaler Richtung sich vom Ringknorpel bis fast zur Klavikula erstreckte. Er war rund, weich, elastisch und gab bei Perkussion leicht-tympanischen Schall. Röntgenaufnahme zeigte einen dreieckigen Luftraum mit der Spitze nach oben, der zwischen der inneren Kehlkopfwand und der Hinterwand des Oropharynx und Hypopharynx erschien.

Es wurde keine Behandlung für notwendig erachtet. W. FREUDENTHAL.

39) **Hertel** (Jena). **Akute stenosierende Laryngitis durch Grippe.** *Korr.-Blatt des ärztl. Vereins in Thüringen. 1. Februar 1921.*

Ein 6jähriger Knabe erkrankte ganz plötzlich an heftiger Atemnot, die Inspektion von Mund und Rachen ergab ausser Schleimhautrötung keinerlei Befund, von einer Tracheotomie wurde wegen bedrohlicher Herzschwäche abgesehen, die nach wenigen Stunden zum Exitus führte. Bei der Autopsie fand sich ein schwerer tracheobronchialer Typus der Grippe ohne Membranbildung. SEIFERT.

40) **Alfred Güttich** (Berlin). **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Sängerknötchen.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 10. S. 33.*

Das Resultat seiner an 24 entsprechenden Fällen aus der Frankfurter Universitäts-Hals- und Nasenklinik (Geheimrat Spiess) vorgenommenen histologischen Untersuchungen veranlasst Verf. Stellung zu nehmen gegen die von Fränkel seiner Zeit geäusserte Ansicht über die Aetiologie der Sängerknötchen. Es ist auf Grund der vorliegenden sorgfältigen histologischen Untersuchungen eine sekretorische Tätigkeit der Sängerknötchen nicht anzunehmen, und es ist daher die von B. Fränkel aufgestellte Drüsentheorie, nach welcher das Sängerknötchen durch Drüsenschwellung zustande kommen soll, unrichtig. SCHLITTLER.

41) **Labet-Barbon. Ein Fall von tertiärer Kehlkopfsyphilis.** *L'Oto-Rhino-Laryng. Internat. Januar 1921.*

Der Kranke wies Heiserkeit, Husten und Abmagerung auf. Die Untersuchung ergab normales Kolorit des weichen Gaumens, das linke Taschenband eingenommen von einem kugeligen kleinhaselnussgrossen Tumor, über dem die Schleimhaut glatt und nicht ulzeriert ist. Das linke Stimmband völlig verdeckt, die linke Kehlkopfhälfte aber beweglich. Auf dem rechten ebenfalls frei beweglichen Stimmband sass ein zweiter ähnlicher grauer Tumor, im übrigen war der Kehlkopf unverändert, Hinterwand völlig frei. Gegen Karzinom sprach die Doppelseitigkeit der Affektion, gegen Tuberkulose das Fehlen von Schleimhautveränderungen im Larynx und von Lungenerscheinungen. Die Wassermann-Reaktion war stark positiv; kombinierte Behandlung mit Jodkali und Quecksilber brachte rasch Heilung. SCHLITTLER.

42) **Reverchon** und **Worms. Kehlkopfstörungen bei Encephalitis lethargica. (Troubles laryngés de l'encephalite léthargique.)** *Société parisienne d'Oto-Rhino-Laryng. Dezember 1920.*

Verff. unterscheiden dabei: 1. Aphonie asthenischen Ursprungs; die Untersuchung zeigt, dass die Bewegungen der Stimmlippen vollkommen normal

sind, die Patienten sind aber vollkommen aphonisch, weil sie nicht die Kraft haben, einen genügenden Luftstrom hervorzubringen, der die Stimmlippen zum Vibrieren bringen könnte. 2. Kehlkopflähmung; die Stimmstörungen treten ungefähr 2 Wochen nach Beginn der Krankheit auf, die Stimmlippen werden nicht genügend adduziert, sie klaffen im hinteren Teil um $^1/_2$ cm, ihr freier Rand ist exkaviert. Es besteht Hypästhesie des Vestibulums. Diese Störungen bleiben ungefähr 18 Tage stationär, die Rauhigkeit der Stimme bleibt aber noch 2 Monate nach Heilung der Krankheit. 3. Kombinierte Kehlkopflähmung; Stimmstörungen treten gleichzeitig mit Schluckstörungen auf. Der Kranke bleibt 2 bis 3 Wochen aphonisch, kann nicht richtig artikulieren und flüssige Speisen kommen durch die Nase zurück. Laryngoskopie zeigt Abduktion und Adduktion der Stimmlippen normal, ihr Rand ist leicht exkaviert und sie bleiben bei der Phonation nicht in Berührung. Das Gaumensegel hebt sich nur schwach; die Zunge kann nicht lange ausserhalb des Mundes gehalten werden und zeigt fibrilläre Zuckungen.

Verff. meinen, dass die Kehlkopferscheinungen zentralen Ursprungs seien.

FINDER.

43) **Otto Mayer** (Wien). **Die Durchschneidung des N. laryngeus superior bei Schluckbeschwerden der Phthisiker.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 1. 1921.*

Verf. hat bei 10 Fällen von hochgradiger Larynxphthise, wo alle angewandten Mittel versagt hatten, die Operation doppelseitig ausgeführt. Die Operation geschah in Lokalanästhesie; sie war erschwert, wenn Alkoholinjektionen vorausgegangen waren, da der Nerv dann in Schwielengewebe eingebettet war, aus welchem er schwer zu isolieren ist. Verf. hat die von Celles angegebene Methode bevorzugt, die darin besteht, dass man die Art. thyroidea sup. aufsucht; von dieser geht die Art. laryng. sup. ab, neben welcher der Nerv verläuft. Der Erfolg war — was die Beseitigung der Schluckschmerzen betraf — meist ein günstiger, da es sich jedoch um sehr vorgeschrittene Fälle handelte, so lebten die Pat. nach dem Eingriff nur 14 Tage bis 4 Wochen. In 2 Fällen waren trotz der Durchschneidung noch Schluckschmerzen vorhanden. Oefter klagten die Pat. auch über Fehlschlucken, das aber nach einigen Tagen wieder verschwand. Die entzündlichen Begleiterscheinungen der Larynxphthise gingen zurück, nicht aber die Infiltrate und Ulzerationen.

HANSZEL.

44) **M. Scheier** (Berlin). **Ein Beitrag zu den Kriegsverletzungen des Kehlkopfes.** *Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

Verf. stellte dicht hinter der Front bei 3pCt. aller Gesamtverletzungen Kehlkopfschussverletzungen fest, wovon 50pCt. tödlich verliefen. Der Exitus trat bei den Fällen infolge Komplikationen allgemeinerer Natur ein, wie Lungenblutung, Gasphlegmonen und allgemeiner starker Blutverlust. Stenger unterscheidet: 1. Tangierende Streif- oder Konturschüsse; 2. perforierende Schüsse; 3. destruierende Schüsse, welche letztere die lebensgefährlichsten sind. Häufig schliessen sich sowohl an die Schuss- wie Bajonettverletzungen Stenosen des Larynx an.

BRADT.

45) **Vohsen. Erfolgreiche Behandlung eines Kehlkopf- und eines Rachenkrebses mit Röntgenstrahlen.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 277.*

Verf. beschreibt 2 Fälle von Kehlkopf- und Rachenkarzinom, die durch Röntgenbestrahlungen gut zurückgingen. Er kommt deshalb zu dem Ergebnis, bei keinem Karzinom, das in einer für Röntgenstrahlen erreichbaren Tiefe liegt, einen infiltrierenden und darum bei der Operation nicht scharf abgrenzbaren Charakter zeigt, eine Behandlung mit Röntgenstrahlen zu unterlassen, deren Anwendung in der Hand eines erfahrenen Röntgenologen liegen soll. BRADT.

46) **H. Burger** (Amsterdam). **Eine gestielte Krebsgeschwulst des Kehlkopfes.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 5. 1921.*

Die Geschwulst sass auf der einen ary-epiglottischen Falte. Die ganz glatte Geschwulst wurde klinisch für ein Fibrom gehalten. Bei jeder Inspiration wurde sie in den Kehlkopf gesogen. Wegen der Grösse und der Atmungsbeschwerden wurde die Geschwulst nach Spaltung des Kehlkopfes mittels Schlinge entfernt. Histologisch: Plattenzellenkrebs. Die Geschwulst rezidivierte und führte schliesslich zum Tode. Verf. fand in der Literatur nur 2 Fälle erwähnt in einer Dissertation aus Bonn (1919) von H. Flehen, welche im Sinus piriformis, also in derselben Gegend, sich befanden. V. GILSE.

47) **Karl Schläpfer** (Zürich). **Ueber tödliche Nachblutungen nach Tracheotomie bei Larynxdiphtherie.** Aus der chir. Univ.-Klinik Leipzig. *Bruns' Beiträge z. klin. Chir. Bd. 122. S. 212. 1921.*

Beschreibung eines Falles, wo 17 Tage nach der unteren Tracheotomie, 6 Tage nach dem Dekanülement mitten im Schlafe eine schwere Nachblutung eintrat, die zum Tode führte. Ursache: Verletzung der A. anonyma an ihrer Kreuzungsstelle mit der Trachea. Eine schleichende Phlegmone hatte sich angeschlossen. Die äussere Wunde war bereits geschlossen, die innere noch zum Teil offen; im offenen Teil der Trachea lag die arrodierte Arterie.

Wichtigstes Moment zur Vermeidung der Nachblutungen ist ruhiges Arbeiten bei der Tracheotomie, exakteste Blutstillung, Vermeidung von Quetschungen des Gewebes.

Sch. rät bei zyanotischen Kindern die präliminare Intubation zu machen und bei eingelegtem Tubus zu tracheotomieren, um in aller Ruhe arbeiten zu können. Statistischer Ueberblick aus der früheren Literatur über Nachblutungen nach Tracheotomie. DREYFUSS.

48) **Chevalier Jackson. Ein Broncholith und pneumokoniotisches Material aus einer bronchiektatischen Höhle mittels peroraler Bronchoskopie entfernt. (A broncholith and pneumoconiotic material removed from a bronchiectatic cavity by peroral bronchoscopy.)** *New York med. Journ. 16. März 1921.*

Dies ist der erste Fall, in dem ein Broncholith mittels peroraler Bronchoskopie entfernt wurde; jedoch hatte die Entfernung keine Besserung im Zustand der Lunge zur Folge.

20 jähr. Mann, Klagen über Husten, zeitweilig Auswurf eines grünlichen, fauligen Sputums. Seit Kindheit hat er ständige Katarrhe, unzählige Nasen-

operationen durchgemacht, Eröffnung beider Stirnhöhlen im Alter von 3 Jahren, Siebbein- und Keilbeinhöhlenoperation vor 4 Jahren.

Physikalische Untersuchung der Luftwege ergab Bronchiektasie des linken Unterlappens. Vollkommener Status inversus der Eingeweide, das Herz rechts, ebenso der Magen, die Beziehungen der Organe zueinander waren sonst normal. Auf dem Fluoreszenzschirm sah man in der bronchiektatischen Höhle im linken Unterlappen eine kleine dichtere Masse, von der Verf. annahm, es sei ein Fremdkörper. Es wurde zweimal im Abstand von 3 Monaten bronchoskopiert; 39 cm von der oberen Zahnreihe kam J. auf Abszesshöhlen, aus denen Eiter und krümeliges Material entfernt wurde. Die Untersuchung des krümeligen Materials ergab, dass es aus anorganischen Stoffen bestand; im wesentlichen Silikate mit etwas Aluminium und Magnesium, eine Art Bimstein; der Kern des grösseren Broncholithen war aus demselben Material gebildet, er war von einer Schale aus Kalziumphosphat umgeben, hier handelt es sich um wirkliches, im Körper gebildetes Konkrement. Verf. nimmt an, dass das in dem Eiter der Abszesshöhle gefundene anorganische Material pneumokoniotisches Material sei, das durch die eitrige Verflüssigung des Lungengewebes frei gemacht sei.

Bei der Gelegenheit gibt Verf. eine Abbildung seines Aspirationsbronchoskops.

FREUDENTHAL.

49) **Otto Glogau, Arthur de Bra** und **May Kirk Scripture. Linkshändigkeit in der Aetiologie der Sprachfehler. (Lefthandedness in the etiology of speech defects.)** *The Laryngoscope. März 1917.*

Es soll die Belehrung im Gebrauch der rechten Hand und Abgewöhnung des Vorziehens der linken in einigen Fällen zu Sprachfehlern (Stottern) geführt haben. Die Erlaubnis, wieder hauptsächlich Gebrauch von der linken Hand zu machen, soll den Sprachfehler wieder zum Rückgang gebracht haben. O. T. FREER.

50) **Emil Fröschels** (Wien). **Untersuchungen über das Sprechtempo.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Jahrg. 54. S. 867.*

Kymographische Untersuchungen haben dem Verf. ergeben, dass das Tempo der einzelnen Personen beim Lesen und Syllabieren fast immer sich gleichbleibt, annähernd gleiches Befinden vorausgesetzt, hingegen erfolgt blosses Syllabieren stets langsamer als das Sprechen von Silben in Sätzen. Es ist dies darauf zurückzuführen, dass das Lesen von Sätzen einen Affekt auslöst (Neugier, Spannung, Aufregung), der oft beschleunigend auf das Tempo einwirkt, und ferner, dass der Uebergang von einer Artikulationsstellung in die andere beim Lesen leichter und rascher sich vollzieht, als beim Wiederholen stets der gleichen Silbe.

SCHLITTLER.

e) Schilddrüse.

51) **Hans Conrad Brunner. Struma cystica intrathoracia accessoria.** Aus dem Kantonspital Münsterlingen. *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 122. S. 114. 1921.*

Interessanter Fall einer intrathorazischen Geschwulst bei einer 23 Jahre alten Frau, die 8 Jahre hindurch beobachtet, aber nicht operiert wurde. Die Röntgen-

untersuchung ergab einen Tumor von nahezu Mannskopfgrösse. Es bestand ziemliche Dyspnoe; die rechte Lidspalte und die rechte Pupille waren verengt. Die Patientin ging an Herzparalyse nach Grippe zugrunde. Die Sektion ergab einen grossen einkammerigen Sack mit 1500 ccm grauschwarzer, dickflüssiger Detritusmasse mit massenhaft Cholesterinkristallen. Die Zystenwand erwies sich als aus derbem fibrösen Gewebe bestehend; Schilddrüsengewebe wurde nirgends nachgewiesen. Ein Aneurysmensack war bestimmt auszuschliessen, da die Gefässe intakt waren. Ebenso fehlten Anzeichen eines Dermoids. Verf. glaubt daher, dass doch eine verflüssigte Struma vorlag.

DREYFUSS.

52) **Hans Hase. Faradische Strumabehandlung.** *Zeitschr. f. physik. u. diätetische Therapie. Bd. 25. H. 1. 1921.*

Nach erfolgloser Behandlung von galvanischer Kropfbehandlung ging Verf. zu Versuchen mit der Anwendung des faradischen Stroms über, die folgendes Resultat ergaben: Am besten wurde die Struma vasculosa beeinflusst; Bindegewebskröpfe zeigten Erweichungstendenz; ihre Volumabnahme war relativ gering zu ihrer Grösse, absolut genommen jedoch ebenso gross wie die der Struma vasculosa. Retrosternale Strumen und schwerste Basedowformen wurden nicht beeinflusst. Die Wirkung wird als Reizwirkung auf die Vasomotoren erklärt, die Anregung der Zirkulation in der Struma zur Folge hat, so dass u. a. phagozytäre Vorgänge zerstörend auf den Tumor wirken.

W. SOBERNHEIM.

53) **James Harper. Partielle Thyreodektomie. (Partial thyroidectomy.)** *The Journ. of Laryng. and Otol. März 1921.*

Verf. beschreibt eine bisher in 20 Fällen mit Erfolg geübte Methode, die im wesentlichen darin besteht, dass nach Eröffnung der Kapsel die Drüse mit dem Finger aus der Kapsel ausgeschält wird; es sind dazu keine Schere und Messer nötig; es erfolgt keine arterielle Blutung, niemals musste eine Arterie unterbunden werden, in keinem Fall war eine postoperative Blutung, eine Verletzung des Rekurrens, Schock vorhanden.

FINDER.

54) **August Sträuli. Ein Beitrag zum Kropfschwund nach reiner Verlagerung eines Kropfteiles.** Aus dem Kantonspital Münsterlingen. *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 122. S. 44. 1921.*

An der Hand eines Falles einer von ihm operierten Geisteskranken, bei dem wegen bedrohlicher Blutungen die Kropfoperation nach Luxierung des Kropfes unterbrochen werden musste und wo postoperativ ein nahezu völliger Kropfschwund eintrat, bespricht St. die Frage der Aetiologie dieses Schwundes. Die etwas sehr weit ausgespannten Ausführungen eignen sich nicht zu kurzem Referat.

DREYFUSS.

55) **E. Bär. Zur operativen Behandlung der Basedowstrumen.** Aus dem Kantonsspital Münsterlingen. *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 122. S. 87. 1921.*

Unter etwa 600 Kropfoperationen wurden 26 Fälle von Basedowstrumen chirurgisch in Münsterlingen behandelt.

B. gibt die Krankengeschichten der Fälle und fasst seine Erfahrungen zusammen. Er hat vor allem gute Erfolge bei frischen floriden Fällen gesehen, auch wo nur kleinere Eingriffe (Arterienunterbindungen) gemacht wurden. Die Resultate bei den chronischen atypischen, schwer ausheilbaren Formen sind weniger vollkommen, aber weitgehende Besserungen bis zur vollen Arbeitsfähigkeit sind die Regel. Reste nervöser Beschwerden bleiben häufig zurück. Basedowrezidive kommen vor, aber meistens in viel milderer, oft vorübergehender Form. Dagegen sind Kropfrezidive bei den mit endemischem Kropf kombinierten Fällen häufig.

DREYFUSS.

f) Oesophagus.

56) **Hellmuth Lüpke. Beitrag zur operativen Behandlung der Oesophagusdivertikel.** Aus der chir. Univ.-Klinik Tübingen. *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 121. S. 612. 1921.*

Beschreibung dreier von Perthes operierter Fälle, alle mit glücklichem Ausgang. L. schreibt denselben der Methodik zu, deren wichtigste Punkte sind: 1. Lokalanästhesie bezw. Leitungsanästhesie. Dieselbe vermeidet die hier speziell grosse Gefahr der Allgemeinnarkose; der Pat. kann auf Befehl während der Operation schlucken und erleichtert so das Auffinden des Sacks. Das postoperative Erbrechen fehlt. 2. Als Schnitt empfiehlt er den Kragenschnitt. 3. Vernähung bei liegender Moynihanscher Klemmzange. 4. Verschluss der Oesophaguswunde durch Einstülpung des Restes der Divertikel in das Lumen der Speiseröhr und Heranziehung von möglichst viel normaler Oesophaguswand zur Vernähung über der Versenkungsstelle. 5. Ernährung bei der Nachbehandlung zunächst durch Tropfklystiere und vom 3.—5. Tage ab mit Flüssigkeiten.

DREYFUSS.

57) **J. Guisez. Acht Fälle von Oesophaguskarzinom, behandelt mit Radium und weiterbeobachtet mit Oesophagoskopie. (Huit cas de cancer de l'oesophage traités par le radium et suivis sous l'oesophagoscope.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. Mai 1921.*

Von den mitgeteilten Fällen werden einige seit 18 Monaten beobachtet; sie wurden G. im Zustand fast völliger Dysphagie zugeführt. Bei fast allen war die Stenose fast komplett; die Diagnose wurde gestellt durch mikroskopische Untersuchung eines unter Leitung des Oesophagoskops exzidierten Stückchens. Die Gesamterfahrung des Verf.'s mit der Radiumbehandlung des Oesophaguskarzinoms, über die er bereits in früheren Arbeiten berichtet hat, beläuft sich jetzt auf 108 Fälle. Wenig beeinflusst durch diese Behandlung werden die Tumoren im obersten Teil des Oesophagus und die an der Kardia; dasselbe gilt von den leicht blutenden und granulierenden Geschwulsformen.

Die angewandten Dosen betragen mindestens 10—11 cg Radiumbromid; die Applikationsdauer darf nicht unter 4—5 Stunden und nicht mehr als 7—8 Stunden betragen. Der Zwischenraum zwischen den Sitzungen muss 5—6 Tage, später 8—10 Tage betragen; im Ganzen sind 40—50 Stunden Radiumwirkung nötig.

Die conditio sine qua non ist, dass die Stenose nicht komplett sein darf, d. h. es muss noch so viel Lumen sein, dass die das Radium tragende Sonde hindurch-

geben kann; man kann dies Vorhandensein eines Lumens immer im Oesophagoskop konstatieren. Verf. verwendet Radiumröhrchen, die in einer Silberscheide sich befinden und an einem Kupferdraht befestigt sind und in eine Olivensonde No. 20—22 in die Stenose eingeführt werden.

Die funktionelle Besserung war evident; alle Kranken essen wieder in fast normaler Weise.

Bei den ösophagoskopischen Nachuntersuchungen konstatierte man ein allmähliches Verschwinden der Granulationen, die nicht mehr bluten; mikroskopische Untersuchung exzidierter Stücke zeigte Umwandlung des Tumors nach dem Bindegewebstyp. In drei Fällen war ösophagoskopisch das völlige Verschwinden des Tumors zu konstatieren.

Es gibt einige Kontraindikationen gegen diese Behandlung. Der Kranke muss noch Flüssigkeit schlucken können und darf sich nicht im Zustande des „Wasserhungers“ befinden. Absolute Dysphagie ist eine Kontraindikation.

FINDER.

58) **Werner Budde. Zur Frage des plastischen Ersatzes schleimhautbekleideter Röhren: I. Urethra virilis. II. Oesophagus.** Aus der chir. Klinik zu Halle. *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 161. 1921.*

Behufs plastischen intrathorakalen Ersatzes eines Teils des Oesophagus gibt B. ein Verfahren an, das er allerdings am Lebenden noch nicht erprobt hat. Es handelt sich um ein zweizeitiges Verfahren, und zwar zunächst Bildung eines Hautrohres über der Ansatzstelle des Musculus triceps an der Spina scapulae, bzw. etwas weiter medial, dort wo der Muskel noch nicht sehnig ist. Ein Stück Muskellappen bildet den Stiel behufs besserer Ernährung. Durch Bougie wird der Hautschlauch offen gehalten. In einer zweiten Operation wird dann nach genauer röntgenologischer Feststellung des zu exstirpierenden Speiseröhrenabschnittes letzterer extrapleural freigelegt und der Hautschlauch mit seinem breiten Muskelstiel heruntergezogen und zirkulär an den beiden Oesophagusexzisionswunden vernäht. Einlegen eines Magenschlauchs durch die Nase. 3 Abbildungen.

DREYFUSS.

59) **Chevalier Jackson** und **Wm. H. Spencer** (Philadelphia, Pa.). **Sicherheitsnadeln im Magen. (Safety-pins in the stomach.)** *Journ. Amer. med. Assoc. Februar 1921.*

In der Klinik der Verff. ist es gebräuchlich, Fremdkörper im Magen nicht zu entfernen. Sie gehen, häufig schon nach 3 Tagen, spätestens aber innerhalb eines Monats spontan ab. Die folgenden Fälle bilden eine Ausnahme: 1. Ein 6 Monate altes Kind verschluckte 2 ineinander geschlossene Sicherheitsnadeln. Nach sorgfältiger Beobachtung 4 Wochen hindurch, kam man zu der Ueberzeugung, dass der Pylorus zu klein sei für den Durchgang der grossen Nadeln. Dieselben wurden ohne jede Anästhesie innerhalb von 26 Minuten entfernt, und das Kind genas. 2. Ein einjähriges Kind verschluckte eine Sicherheitsnadel. Bei der röntgenoskopischen Untersuchung fand man sie im Magen, das spitze Ende offen.

Nach einigen Wochen erbrach das Kind, infolgedessen die Nadel in den unteren Teil des Oesophagus getrieben wurde mit der Spitze nach unten. Schliesslich, d. h. nach 7 Wochen wurde das Kind zum Verf. gebracht, wo der Fremdkörper ohne jede Anästhesie in 59 Sekunden entfernt wurde. FREUDENTHAL.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Section of Laryngology. Royal Society of Medicine London.

Sitzung vom 2. Mai 1919.

Vorsitzender: James Donelan.

G. W. Dawson: Sarkom der Tonsille.

38jähr. Mann, behandelt mit Operation und nachfolgender Radiumbestrahlung.

H. L. Whale: Hypophysistumor behandelt mittels Entlastung der Sella.

Die Symptome bestanden in zunehmender Lethargie und dauerndem Kopfschmerz. In der Röntgenaufnahme konnte man eine breite und tiefe Sella sehen: es bestand Optikusatrophie und bitemporale Hemianopsie. Operation nach Moure; es wurden endotheliomatöse Massen entfernt. Pat. besserte sich; Lethargie und Kopfschmerzen verschwanden.

Tilley stimmt der Methode der Hypophysisoperation mittels lateraler Rhinotomie zu.

Irwin Moore: Adhäsionen und Kontraktionen der Gaumenbögen nach vollständiger Enukleation der Tonsillen.

Bei der Operation waren die Gaumenbögen nicht verletzt worden, nachträglich aber bildete sich Adhäsion und Kontraktion. Pat. ist nicht mehr imstande zu singen, da sie die hohen Töne nicht mehr hervorbringen kann.

Cyril Hosford meint, es könne Heilung herbeigeführt werden durch Trainierung der Stimme.

Moore rät, nach der Enukleation der Tonsillen die Singstunden wieder aufzunehmen, um die Gaumenmuskulatur zu üben und so der Entstehung von Kontraktionen vorzubeugen.

James Donelan: Lähmung der linken Stimmlippe.

49jähr. Frau, litt an Dysphagie und Stimmschwäche; linke Stimmlippe in Kadaverstellung.

De Havilland Hill und Dundas Grant halten den Fall für einen Mediastinaltumor.

Donelan glaubt, dass es sich um ein Aneurysma handelt. (Pat. ist inzwischen gestorben; Sektion ergab Oesophaguskarzinom.)

Norman Patterson: Zwei Fälle von Epitheliom des Pharynx erfolgreich mit Diathermie behandelt.

Dawson: Tumor des Zungengrundes.

Harte, lappige Schwellung. Die Symptome bestanden in Schluckbeschwerden und Veränderung der Stimme.

Dundas Grant hält den Tumor für eine gutartige Form von Endotheliom; für eine Schilddrüsengeschwulst sei sie unregelmässig gestaltet.

Dawson glaubt, dass es sich um eine Struma aberrans handelt.

E. D. D. Davis berichtet über einen ähnlichen, jedoch vorgeschritteneren Fall, in dem vollständige doppelseitige Ophthalmoplegie und Blindheit vorhanden war.

Jobson Horne meint, diese Geschwülste seien nicht im gewöhnlichen Sinne maligne; sie töten nicht durch Metastasenbildung, sondern durch direkte Ausbreitung.

W. M. Mollison: Sarkom der Tonsille.

22jähr. Mann; seit 9 Monaten Neuralgie des Oberkiefers und Schwellung am Hals. In der rechten Tonsille eine derbe Anschwellung, der Nasenrachen ist verlegt und im Kieferwinkel ein Paket vergrösserter Drüsen. Wa. positiv, aber nach Anwendung von Neosalvarsan keine Besserung.

Stuart-Low rät Diathermie, Dawson Exzision und nachträglich Anwendung von Radium.

E. D. D. Davis: Ausgedehnter Lupus.

Die Krankheit begann im Kehlkopf und hat sich auf Nase und später auf die Alveole und Gaumen ausgebreitet.

G. W. Dawson: Chronische Osteomyelitis des Kiefers dentalen Ursprungs.

Ein grosser Sequester des rechten Alveolarfortsatzes wurde entfernt und Caldwell-Lucsche Operation vorgenommen.

Jewell: Schmerzlose Schwellung des Mundbodens und der Submaxillargegend, wahrscheinlich Aktinomykose.

59jähr. Mann; keine Drüsenschwellung; Wa.R. negativ.

Jobson Horne: Ein Fall von verlängerter Mutation bei einem jungen Manne von 18 Jahren.

Einige Mitglieder sind der Ansicht, dass der Zustand mit funktioneller Aphonie zusammenhängt und durch Anwendung einer korrekten Methode der Stimmproduktion geheilt werden könne.

Irwin Moore demonstriert **Präparate betreffend die normale Histologie der Stimmlippen im Zusammenhang mit der Frage von der Entstehung von Adenomen.** (Siehe Bericht der vorigen Sitzung.)

M. zeigt, dass die Frage, ob es möglich sei, dass Adenome von den Stimmlippen ihren Ursprung nehmen, davon abhängt, was man unter „Stimmlippen“

versteht. Versteht man darunter nur den mit Pflasterepithel bedeckten Teil, so kann kein Adenom davon ausgehen; betrachtet man aber auch den drüsenhaltigen Abschnitt als einen Bestandteil der Stimmlippe, so ist kein Grund vorhanden, warum nicht Adenome von dort entstehen sollten.

Sitzung vom 6. Juni 1919.

Herbert Tilley: Grosses submuköses Lipom des Gaumens und Rachens.

Die Geschwulst wurde bei einem 75jähr. Mädchen entfernt. Sie sah aus wie eine grosse Peritonsillitis, obwohl die Schleimhaut normal war; sie war von fester Konsistenz und drängte die Tonsille nach unten. Es wurde zuerst die Laryngotomie gemacht und dann der Tumor entfernt mit derselben Technik, wie man eine Tonsille enukleiert. Blutung gering.

Jobson Horne erwähnt einen ähnlichen Fall.

Norman Patterson hat ein retropharyngeales Lipom gesehen, das irrtümlicherweise für einen Retropharyngealabszess gehalten wurde.

Irwin Moore erinnert daran, dass Prof. Shattock im Jahre 1919 einen Vortrag über submuköse Lipome in der Pathological Section gehalten hat. Der vorliegende Fall ist fast einzigartig.

Tilley: Vereiterte Dermoidzyste.

Die Zyste wurde von der unteren mittleren Stirngegend entfernt.

Jobson Horne demonstriert ein Präparat von Kehlkopfzyste.

Stuart-Low empfieht Galvanokaustik als beste Behandlung.

Einige Mitglieder äussern die Vermutung, dass es sich um eine Thyreoglossuszyste handele.

Sitzung vom 7. November 1919.

Vorsitzender: E. B. Waggett.

Dan Mackenzie: Langdauernde und hartnäckige funktionelle Aphonie.

Vorstellung einer jungen Frau, die nach Fehlschlagen aller anderen Methoden mittels Hypnose geheilt wurde.

Stuart-Low macht darauf aufmerksam, dass die Patientin narkotisiert wurde und dass dies vielleicht mehr schuld an der Heilung habe als die Hypnose.

Herbert Tilley: Intratrachealer Tumor entfernt durch perorale Tracheoskopie. (Publiziert Journal of Laryngology, Januar 1920; ref. dieses Centralblatt, 1920, S. 429.)

Shattock betrachtet den Tumor als ein papilläres Granulom, das sich wahrscheinlich auf einem Trachealgeschwür entwickelt hat, welches durch Einwirkung des Kampfgases entstanden war.

Jobson Horne betrachtet den Tumor als ein Papillom, das wahrscheinlich schon vor der Gasvergiftung vorhanden war.

Irwin Moore sagt, die Blutung macht die Operation sehr schwierig; ein Eindringen von Blut in die Lungen wurde jedoch durch Anwendung der Intratrachealanästhesie mittels des Kellyschen Apparates verhindert, indem der Katheter über die Geschwulst hinausgeführt wurde. Primäre Geschwülste der Trachealbifurkation sind sehr selten und in der Literatur sind nur 9 gutartige Geschwülste dieser Region verzeichnet.

James Donelan: Zungenkrebs mit Drüsenmetastasen mittels amin-propionsaurem Kupfer behandelt.

Der Erfolg dieser von Shaw Mackenzie empfohlenen Behandlungsmethode war bemerkenswert; D. glaubt, dass der Erfolg zurückzuführen sei auf eine Verminderung der das krebsige Gewebe umgebenden Entzündungszone.

Irwin Moore hat in ähnlichen Fällen Besserung durch Kupferkolloid gesehen.

Mollison: Fall von latenter doppelseitiger Stirnhöhleneiterung mit Ausdehnung der Höhlen nach 3 Jahre vorher erfolgter Schussverletzung.

Sitzung vom 5. Dezember 1919.

W. M. Mollison: Fibrom der ary-epiglottischen Falte, mit Hilfe der Schwebelaryngoskopie entfernt.

40jähriger Mann. Grosse, glatte kugelige Schwellung von blasser Schleimhaut bedeckt. Gelegentlich leichte Erstickungsanfälle. Der Tumor wurde mit einiger Schwierigkeit entfernt: er hatte die Grösse eines Taubeneies; mikroskopisch erwies er sich als hyalin-nekrotisches Fibrom.

Irwin Moore: Vergrösserte und erkrankte Tonsillen mittels Anwendung von Londoner Aetzpaste zerstört.

Fünfmalige Anwendung innerhalb von 3 Monaten; erhebliche Schrumpfung der Tonsillen ohne Verschluss der Krypten und Bildung von Narbengewebe.

William Hill; Multiple Polypen (ödematöse Fibrome) des mittleren Oesophagusdrittels.

26jähriger Mann, seit Mai 1919 Dysphagie. Es bestand eine Stenose infolge ausgedehnter Schwellung der rechten Wand des mittleren Speiseröhrendrittels. Mikroskopische Gewebsuntersuchung ergab normale Struktur und Zeichen von Entzündung. Wegen der anhaltenden Schmerzen wurde ein Sarkom des Mediastinums vermutet. Emanationen von Radiumbromid wurden ohne Erfolg angewandt. Zunehmende Gewichtsabnahme. Im September 1919 war die ursprüngliche neoplastische Schwellung grösser und unter ihr waren drei grosse fleischfarbene und einige kleinere Polypen sichtbar. Die entfernten Geschwülste hatten die histologische Struktur gewöhnlicher Nasenpolypen. H. bittet um Ratschläge wegen weiterer Behandlung.

Die Diskussion erörterte die Frage, ob es ratsam sei, die Gastrotomie vorzunehmen oder Symondsche bzw. Hillsche Oesophagus-Fütterungskatheter einzuführen.

William Hill: Fischgräte, die den Constrictor inferior durchbohrt und zu einer tödlichen hinteren Mediastinitis geführt hat.

38jährige Frau wurde 3 Wochen nach Verschlucken des Fremdkörpers untersucht. Grosser peri-pharyngealer und hinterer Mediastinalabszess, der sich bei der endoskopischen Untersuchung öffnete. Tod infolge Septikämie und Herzschwäche. Es fand sich eine Perforation in der Hinterwand des Hypopharynx.

Douglas Guthrie: Hammelknochen im Kehlkopf eingebohrt; Entfernung mittels Krikotracheotomie.

10jähriger Knabe. Bei dem Versuch der Entfernung in Schwebelaryngoskopie wurde die Atmung so gestört, dass Tracheotomie notwendig wurde. Zwei Tage später wurde die Wunde nach oben hin durch den Ringknorpel hindurch erweitert und der Knochen entfernt.

H. Bell Tawse: Ueberzähliges Nasenloch und Nasenhöhle auf der rechten Seite.

Weibliches Kind, Zwillingsgeburt; die andere Frucht war ein Anenzephalus.

Sir St. Clair Thomson: Spontane Vernarbung einer ausgesprochenen Kehlkopftuberkulose bei ausschliesslicher Allgemeinbehandlung.

42jährige Frau mit ulzerierender Infiltration in der Interarytaenoidregion im April 1918. Sie hatte vor 7 Jahren Lungentuberkulose mit Bazillen im Auswurf. Heilung trat ein unter Schweigekur.

G. W. Dawson: Angio-Fibrom des Nasenrachens.

$13^1/_2$jähriger Knabe; der Tumor wölbte die linke Gesichtshälfte vor, kam im linken Nasenloch zum Vorschein und reichte nach unten bis in den Pharynx. Entfernung nach vorhergehender Laryngotomie durch Nase und Mund. Rezidiv nach 9 Monaten; Behandlung mit Radium ohne Erfolg. Operation von aussen. Heilung.

W. M. Mollison: Melanosarkom der Nase.

43jährige Frau. Der dunkelrote Tumor nahm die linke Nasenhälfte ein. Mikroskopische Untersuchung ergab Melanosarkom. Laterale Rhinotomie nach Moure. Heilung.

Nourse und Archer Ryland: Ausgedehntes Papillom des harten Gaumens.

55jähriger Mann. Der Tumor sass auf der oralen Fläche des Gaumens.

(Nach dem offiziellen Sitzungsbericht.)

b) Deutsche Ohren-, Nasen- und Halsärzte der Tschechoslowakischen Republik in Prag.

Sitzung vom 20. März 1921.

Vorsitz: Prof. Piffl, Prof. Fr. Pick.
Schriftführer: Dr. Braun.

Piffl eröffnet die Versammlung und begrüsst die Erschienenen. Er schildert die Entwicklung der Otiatrie in Prag und der Prager Klinik, die den modernen Anforderungen in räumlicher und hygienischer Hinsicht durchaus nicht entspricht, erwähnt die Bestrebungen, die deutsche Universität ins deutsche Sprachgebiet zu verlegen, und gedenkt schliesslich in warmen Worten des Gründers der Klinik, E. Zaufals.

Fr. Pick begrüsst die Anwesenden als Vertreter der Laryngologie in Prag, schildert die Entwicklung des laryngologischen Instituts und bespricht die Abtrennung der Otologie von der Laryngologie, die sich bei der enorm gestiegenen Hörerzahl aus didaktischen und äusseren Gründen rechtfertigen lässt, in sachlicher Hinsicht weniger begründet erscheint.

Vortr. hält dann einen warm empfundenen Nachruf auf G. Killian, schildert anschliessend daran die Entwicklung der von diesem Forscher begründeten Bronchoskopie und der letzten wichtigen Erfindung Killians, der Schwebelaryngoskopie.

Die Versammlung gibt auf Antrag Picks dem tiefsten Bedauern über das frühzeitige Hinscheiden Killians Ausdruck und beschliesst die Absendung eines Beileidsschreibens an die Klinik und die Hinterbliebenen Killians.

Anschliessend daran bespricht H. Pick die Leistungen der Tracheo-Bronchoskopie, besonders bei Fremdkörpern, und Demonstration eines Kragenknopfes, den er aus dem linken Stammbronchus eines 48jährigen Mannes entfernt hat, wo er mit der Platte nach oben 37 cm von der Zahnreihe durch über 4 Wochen eingekeilt gesessen hatte. Vortr. bemerkt die Seltenheit von Fremdkörpern der oberen Luftwege in Böhmen.

Bumba demonstriert eine Abnormität des Larynx bei einer 44jährigen Frau. Es findet sich eine leistenförmige Verdickung des Ringteiles der Cart. cricoidea, welche wie ein Sporn in das Lumen vorragt und sich genau an die Form des Knorpels hält, es kommt weder Entzündung noch Neubildung in Frage. Unter Umständen könnte eine solche Bildung zu Stenoseerscheinungen Veranlassung geben.

Soyka: Ueber operative Behandlung der Ozäna.

Besprechung der Methoden von Wittmaack und Lautenschläger. Bericht über einen nach letzterer Methode operierten Fall, wo der Knochen zu spröde war, um eine Knochenumlagerung zu gestatten, weshalb die laterale Wand nicht nur nach rückwärts gegen das Siebbein, sondern auch gegen die Apertura piriformis durchgemeisselt werden musste. S. erwähnt dann die auch von Brünings angegebene Methode, wobei das Septum reseziert und an seiner Stelle ein Fett-

lappen transplantiert wird. Der Nachteil der Methode ist die Möglichkeit der Infektion des Lappens mit ihren Folgen, weshalb er empfiehlt, die Resektion des Septums vom Munde her vorzunehmen. Nach dieser Methode wurden 5 Fälle operiert, aber nur in einem Falle ein befriedigendes, noch nach 1 Jahr anhaltendes Resultat erzielt. S. möchte empfehlen, statt des Fettlappens einen nicht resorbierbaren Körper (Silberdrahtnetz) zu implantieren.

Wodak demonstriert: I. Nach Halle operierte Ozäna. II. Retroaurikuläre Plastik nach Passow.

Diskussion.

Neumark steht operativen Eingriffen skeptisch gegenüber und empfiehlt Versuch mit Hoferschem Serum.

Ascher berichtet über Versuche mit Diphtherieserum, um den beim Ophthalmoskopieren störenden Fötor zu beseitigen, die für einige Tage prompten Erfolg zeigten.

Piffl bestätigt diese Erfahrungen, hält auch die Erfolge der Fettimplantation, die vom Munde aus gemacht werden soll, für vorübergehende; er will das Hofersche Serum, sobald es erhältlich ist, anwenden.

Ebenso sprechen Wotzilka (Aussig) und Brecher (Olmütz) für das Hofersche Serum.

An der Diskussion beteiligen sich noch Wallerstein, Imhofer, Zintl.

Weleminsky: Ueber das Tuberkulomuzin und dessen Anwendung bei verschiedenen Formen der Tuberkulose.

Zur Gewinnung eines therapeutisch wirksamen Mittels gegen Tuberkulose ging W. nicht von den bisher üblichen Methoden der Bakteriologie aus, da bei der Tuberkulose erfahrungsgemäss die Agglutinine, Präzipitine und komplementbindenden Substanzen keinerlei Beziehung zum Verlauf der Krankheit haben, auch nicht immunisierende Mittel mit therapeutisch wirksamen identisch zu sein brauchen. W. ging vielmehr von den Erfahrungen der Pflanzen- und Tierzüchter aus, durch Auslese und Kreuzung bei Lebewesen bestimmte Eigenschaften in immer stärkerem Masse hervorzurufen. Durch Aufzüchtung von therapeutisch wirksamen Kulturen, die so gezüchtet worden waren, dass der Luftsauerstoff Zutritt hatte, die Flüssigkeit aber nicht verdunsten konnte (Prager med. Wochenschrift, 1901, Nr. 7), konnte er nach 8jähriger Züchtung Kulturen erzielen, wo unter 20 behandelten Meerschweinchen durchschnittlich eins am Leben blieb. Bedeutend günstiger waren die Resultate bei spontan erkrankten Kühen, wo mit Ausnahme der vorgeschrittenen Fälle alle geheilt wurden. Als Kriterium der Auslese wurde festgestellt, dass diese Kulturen zuerst etwas echtes koagulables Eiweiss, später reichliche Mengen typischen Muzins enthielten. Nach einigen Vorversuchen am Menschen wurde seit 1912 das Präparat in die Praxis gebracht. Charakteristisch ist sehr starke Stichreaktion bei sehr geringer Allgemein- und Herdreaktion. Dazu kommt noch bei Tuberkulomuzin eine vierte Reaktion, eine zirkumskripte subkutane Infiltration bis zu Walnussgrösse, die aber nur nach der ersten Injektion auftritt und prognostisch günstig ist.

Besonders günstige Erfolge wurden erzielt bei Augen-, Mittelohrtuberkulose, Koxitis und vielen Formen der Lungentuberkulose.

Technik: Es kann sofort mit wirksamen Dosen begonnen werden, ungünstige Wirkungen sind nicht zu befürchten. Man beginnt mit 3 mg einer 1proz. Lösung, die am Injektionstage frisch hergestellt wird. Je stärker die Stichreaktion, desto besser die Prognose. Tritt bei sicherer Tuberkulose nach 3 bis 5 mg keine Stichreaktion auf, so bedeutet das sicheren Tod in 3—4 Monaten. Es genügt 1 Injektion wöchentlich.

Krasa demonstriert 16 mit Tuberkulomuzin behandelte Fälle (8 Fälle von Otitis med. chron., 7 Fälle von Larynxaffektion, 1 Fall von Lymphomen), welche monatelang mit den sonst üblichen konservativen Methoden ohne Effekt behandelt worden waren. Aeusserst günstige Erfolge bei Otitiden (in einem Falle vollständige Heilung, sonst Herabsetzung oder Sistieren der fötideitrigen Sekretion). Im Larynx in 2 Fällen Schwinden der Infiltrate der hinteren Kommissur nach zirka 2 Monaten. Sonst Abnahme der Heiserkeit, der subjektiven Beschwerden, Zunahme an Körpergewicht. Irgendwelche schädliche Wirkungen wurden nicht beobachtet.

Diskussion: Piffl, Schild, Fr. Pick, Popper.

Piffl stellt einen Patienten vor, bei dem er am 20. Juni 1919 die Extraktion eines merkwürdigen, durch $^5/_4$ Jahre im Kehlkopf gelegenen Fremdkörpers vorgenommen hat. Es handelte sich um einen Haken eines Kleiderrechens von 105 mm Länge, dessen Durchmesser am unteren Ende 20 mm, am oberen dicksten Teile 28 mm betrug. Er berichtet über Versuche, die er angestellt hat, um den Mechanismus des Eindringens des Fremdkörpers in den Kehlkopf festzustellen. Nach Zuckerkandl hat die Trachea einen Querdurchmesser von 20 mm, einen sagittalen von 13 mm, nach Henle von 11—18 mm. An einer grossen Sammlung mazerierter mit der Trachea in Zusammenhang stehender Kehlköpfe im hiesigen Anatomischen Institut wurde zunächst der Versuch gemacht, den Fremdkörper durch die Glottis einzuführen. Es gelang dies bei keinem, auch nicht bei den grössten der zur Verfügung stehenden Präparate. Nahm man aber ein Präparat, dessen Kehlkopf und Trachea durch einen an der Hinterwand geführten Längsschnitt gespalten war, dann legte sich der Fremdkörper sofort in die Stellung, welche er beim Patienten eingenommen hatte, also so, dass das untere scheibenförmige Ende in der Trachea lag, und der obere verdickte Teil über die Stimmbänder zu liegen kam. Das oberste Ende reichte bis fast zum oberen Rande der Epiglottis. Der Fremdkörper sass ziemlich unbeweglich fest. Ferner wurde der Versuch gemacht, den Haken von unten her in die ungefähr in der Mitte durchschnittene Trachea einzuführen. Das gelang zwar bei elastischen Trachealknorpeln, doch wurde das Lumen dadurch allseits luftdicht verschlossen. Schliesslich berichtet er, dass es an einer grossen Anzahl von ausgelösten Ringknorpeln nicht möglich war, das untere Ende des Fremdkörpers in der senkrechten Achse einzuführen. In schräger Stellung konnte die Einführung bei einer Anzahl der Ringknorpel durchgeführt werden. Der Hauptgrund, weshalb Piffl den Pat. vorstellt, sind die durch das lange Liegen des Hakens im Larynx und Trachea hervorge-

rufenen Veränderungen, durch welche ein gewisser Grad von Stenose erzeugt wird, die dem Pat. wohl Arbeit und Bewegung in normalen Grenzen gestattet, bei schwerer körperlicher Anstrengung aber, besonders beim Bergsteigen, sich sehr unangenehm bemerkbar macht. Bei eintretenden akuten Katarrhen der oberen Luftwege waren die stenotischen Erscheinungen besonders fühlbar. Die Tracheotomieöffnung ist zwar stark verkleinert, jedoch noch immer nicht vollständig geschlossen und dient nicht mehr zur Inspiration, es dringt aber bei heftigen Exspirationsstössen immer etwas Luft und Sekret heraus. Der laryngoskopische Befund ist folgender: Die linke Kehlkopfhälfte ist vollständig starr, die Stimmbänder stehen ungefähr in der Mitte zwischen der Medianlinie und der Kadaverstellung. Der linke Aryknorpel ist ins Lumen der Glottis hineingesunken und die Schleimhaut über demselben weist sehr starke Verdickung auf, wahrscheinlich als Folge einer vorausgegangenen Perichondritis. Dieser Wulst hatte kurz nach der Extraktion des Fremdkörpers die Stärke eines Fingergliedes und reichte bis zum vorderen Drittel der Glottis. Durch eine damals vorgenommene Abtragung mit der Schlinge konnte derselbe so verkleinert werden, dass er jetzt nur noch das hinterste Drittel des linken Stimmbandes überdeckt. Er behindert aber die Beweglichkeit des rechten Stimmbandes in hohem Grade, so dass dasselbe auch bei forcierter Phonation nicht imstande ist an das linke Stimmband heranzukommen. Ein Einblick in den subglottischen Raum ist nur in sehr beschränktem Masse möglich, so dass über die Veränderungen, die in den tieferen Partien des Larynx und der Trachea jedenfalls noch vorhanden sind, nichts ausgesagt werden kann. Eine Behandlung der derzeit vorhandenen fast totalen Rekurrenslähmung ist wohl aussichtslos. Notwendig wird es aber sein, durch weitere Abtragung des Wulstes über dem linken Aryknorpel die volle Beweglichkeit des rechten Stimmbandes zu ermöglichen. Vielleicht lässt sich auch eine tiefer gelegene ev. Verengerung des Larynx und der Luftröhre durch die Schrötterschen Hartgummiröhren erweitern. Die Einführung der Metallbolzen nach Thost oder Brüggemann kommt hier nicht in Betracht, weil sie eine bedeutende Erweiterung der Trachealfistel zur Voraussetzung haben müsste. Ein Verschluss der Trachealfistel, den Pat. wünscht, ist so lange nicht angezeigt, als die Stenose nicht gänzlich beseitigt ist. Sobald dies der Fall sein wird, kommen die von Schimmelbusch und König vorgeschlagenen Methoden in Betracht.

Weiter zeigt Piffl einen 32jährigen Mann mit Polychondropathia (Jaksch).

Der Pat., der früher einmal gesund war, erkrankte im März 1920 mit Schmerzen in den Fingergelenken und später auch im rechten Kniegelenk. Im Juni darauf entstand eine Anschwellung, Rötung und leichtes Brennen in beiden Ohrmuscheln. Im September wurde ein plötzliches Einsinken des Nasenrückens beobachtet. Die Ohrmuscheln zeigten eine Verkleinerung und an der äusseren Fläche eine stark unregelmässige derbe Verdickung, wodurch die normalen Konturen vollständig verdeckt wurden. Auch die Koncha ist mit ergriffen, und die Wände des knorpeligen Gehörganges sind auf einen schmalen Spalt kollabiert. Die Nase erscheint in ihrem unteren Teil sehr eingesunken. Man kann einen voll-

ständigen Defekt der Cartilagines laterales durch Tasten konstatieren, während die Nasenflügelknorpel noch erhalten sind. Ferner besteht ein grosser Defekt der Grundlage des knorpeligen Nasenseptums, während Schleimhaut und Perichondrium beiderseits erhalten sind. Der rückwärtige Anteil der Cart. quadrangularis ist erhalten und erscheint auf das mehrfache wulstartig verdickt. Schliesslich lässt sich noch konstatieren, dass der Knorpel der Epiglottis ungefähr auf $^1/_3$ reduziert ist, so dass er einen etwas verdickten niedrigen Querwulst darstellt. Ausser diesen beschriebenen Knorpeldefekten bestehen ähnliche röntgenologisch festgestellte Veränderungen an den Fingergelenken, am rechten Kniegelenk und an der Wirbelsäule. Bezüglich der Ohrmuschelerkrankung ist zu bemerken, dass wir ähnliche Bilder nach traumatischem Othämatom, nach Erfrierungen, nach Perichondritis infolge von Infektionen und nach Operationen kennen. Beiderseitige Erkrankung ohne auffindbare Aetiologie, wie in unserem Falle, haben Hartmann, Gradenigo und Huss beschrieben. Es sind auch Fälle bekannt, wo der Septumknorpel durch perichondritische Abszesse nach traumatischem Hämatom teilweise oder ganz zugrunde gegangen ist. Idiopathische Formen, die hie und da beschrieben wurden, halten der Kritik nicht Stand. In der Literatur ist aber kein Fall bekannt, wo es sich um eine gleichzeitige Systemerkrankung des Knorpels im Bereiche der Nase, der Ohrmuschel, des Kehlkopfes und der Extremitäten gehandelt hat. Die mikroskopische Untersuchung einer Probeexzision, welche aus dem rückwärtigen, knorpelhaltigen Teile des Septums der Nase ohne Verletzung der gegenüberliegenden Schleimhaut und Knorpelhaut vorgenommen wurde, ergab: „Erhaltenes gemischtes Plattenepithel mit geringen Verhornungen und reichlichen Schleimdrüsen. Das tiefer liegende Gewebe ist gefässreiches Bindegewebe, zum Teil hyalin mit Blutpigment, das die Eisenreaktion gibt und einigen kleineren Knorpelinseln, kein Verdacht auf Malignität, keine spezifischen Veränderungen. In der subepithelialen Gewebsschicht kleinere perivaskuläre Infiltrate, vorwiegend aus einkernigen Rundzellen bestehend (Path. Institut Prof. Ghon). Dieser Befund zeigt also leichte Entzündung und Hyperplasie der Schleimhaut, ohne dass er uns über die Natur des Prozesses Aufschluss verschaffen würde. Piffl ist der Ansicht, dass der Prozess, wie an der Ohrmuschel und dem Nasenseptum ersichtlich ist, in einem Zugrundegehen des Knorpels mit nachheriger Neubildung von Knorpelgewebe besteht, ähnlich wie wir bei der Arthrit. deform. zunächst eine Einschmelzung und nachherige Wucherung von Knorpel und Knochengewebe beobachten. Ueber die Ursache lassen sich höchstens Vermutungen aufstellen, vielleicht handelt es sich um eine Störung des endokrinen Systems.

Wotzilka (Aussig): Tuberkulöse Meningitis nach Operation einer Rachenmandel.

Bei einem $3^1/_2$jährigen Knaben mit grosser Rachenmandel, die mikroskopisch nichts Besonderes zeigte, traten etwa 3 Wochen nach der Operation Misslaunigkeit und leichte Temperatursteigerungen auf; später Steigerung der Symptome, hektisches Fieber, Krämpfe, Okulomotoriusstörungen, Fazialisparese und Exitus unter dem Bilde der Meningitis. Mutter tuberkulös. Vortr. wirft die Frage des ursächlichen Konnexes auf.

Diskussion:

Imhofer berichtet über ein Kind mit Otitis und meningealen Erscheinungen, bei dessen Operation im Antrum einige Granulationen und etwas Eiter gefunden wurden. Nach etwa drei Wochen war die Wunde geschlossen und die meningealen Erscheinungen geschwunden. Nach abermals drei Wochen traten wieder meningeale Symptome auf und das Kind starb. Imhofer glaubt, dass die Meningitis schon vorher bestanden hat und kein direkter Zusammenhang mit der Otitis vorhanden war. Der schubweise Verlauf der Tbc. Meningitis ja bekannt.

Piffl erwähnt den Fall eines 6jährigen Knaben, der ein leichtes Trauma an der Stirn erlitt, worauf er sich momentan nicht wohl fühlte, sich aber sofort erholte und durch 8 Tage vollkommen normales Befinden zeigte. Dann traten Kopfschmerzen auf, Fieber. Es entwickelte sich langsam eine Meningitis, der der Knabe erlag. In einem anderen Falle, einen 13jährigen Knaben betreffend, führten heftige Kopfschmerzen hauptsächlich in die linke Stirnhöhle lokalisiert und hohes Fieber bei negativem Nasennebenhöhlenbefund, aber Dunkelheit der linken Stirnhöhle bei der Durchleuchtung dazu, dass die linke Stirnhöhle eröffnet wurde. Dabei zeigte es sich jedoch, dass kein Hohlraum vorhanden war, sondern dass diploetischer Knochen die Höhle ausfüllte. Der Patient starb 3 Wochen später an Meningitis Tbc. Piffl ist der Ansicht, dass von einem Verschulden des operierenden Arztes in solchen Fällen wie auch im Falle Dr. Wotzilkas keine Rede sein könne.

Wiethe: Ueber Kieferzysten.

Zahnzyste im linken Oberkiefer mit Durchbruch in die Nase, Operation nach Denker mit vollständiger Ausschälung des Zystenbalges und Anlegen einer breiten Oeffnung in die Nase, ein breiter Lappen Nasenschleimhaut wird in die Zystenhöhle gelegt. Demonstration des Präparates. Bericht über 7 weitere Fälle, von denen 4 nach der Methode von Partsch, 3 nach Denker operiert wurden. Die Denkersche Operation verdient vor der von Partsch den Vorzug.

Ludwig: Ueber Aufmeisselungen bei akuter Mastoiditis.

Bericht über 600 Fälle nach der von Zaufal und Piffl ausgearbeiteten Methode operiert. In 506 Fällen primäre Wundnaht bis auf einen $1^1/_2$ bis 2 cm langen Schlitz am unteren Wundwinkel.

Diskussion: A. Mayer, Wotzilka, Imhofer.

Piffl demonstriert einen Pat. mit grossem retrobulbärem Abszesse. Chronische Otitis seit Kindheit bestehend mit Labyrinthitis.

R. Imhofer.

---

c) Oto-Laryngologischer Verein in Kristiania.

Sitzung vom 27. November 1919.

Vorsitzender: Uchermann.
Schriftführer: Galtung.

Uchermann führte einen 66jährigen Mann vor mit einem rechtsseitigen Mediastinaltumor. Unten und vorn ist der Hals auf der rechten Seite dicker

als auf der linken. Kehlkopf und Luftröhre sind so sehr nach links hinüber gedrängt, dass letztere unmittelbar hinter dem linken Sternoklavikularglied in die Brusthöhle eintritt. Beide Jugulares externae sind stark erweitert, und in geringerem Masse auch einige Hautvenen an der Vorderfläche des Brustkorbes. Wegen Ptosis des rechten Augenlides ist die rechte Augenritze kleiner als die linke, der rechte Bulbus ist etwas protrudiert, die rechte Pupille kontrahiert, reagiert gegen Licht (Sympathikuslähmung). Das rechte Stimmband steht unbeweglich in „Kadaver"-Stellung, das linke Stimmband unbeweglich in der Mittellinie. Seit April d.J. ist Pat. heiser, aphonisch seit 2 Monaten, klagt bei schnellem Gehen über Dyspnoe, keine Schmerzen, keine Dysphagie, keine Abmagerung. Puls 76, regelmässig. Beim Husten wird der Hals wie eine Geschwulst in der Grösse einer Faust hervorgetrieben. An der Basis fühlt sie sich hart an, oben wird sie durch den weichen rechten Thyreoidallappen bedeckt. Die Röntgenuntersuchung ergibt, dem oberen Teile des Sternum entsprechend, einen gleichmässigen dichten Schatten von etwa 11 × 11 cm Grösse, der den oberen Teil des Zwischenraums zwischen Sternum und Wirbelsäule ausfüllt.

Ueber die Art der Geschwulst lässt sich nichts bestimmtes sagen, doch ist sie wohl als bösartig anzusehen. — Keine Behandlung. Wurde entlassen.

Fleischer besprach einen Fall geheilter otogener Meningitis.

Galtung berichtete einen Fall von Thrombose im Sinus cavernosus von der Keilbeinhöhle aus.

Es handelte sich um eine 45jährige Frau. Gesunde Familie, fünf gesunde Kinder. Sie ist etwas durch Varizen belästigt gewesen, im übrigen aber gesund. In den letzten Jahren hat sie aber oft an Kopfschmerzen gelitten, die von ein- bis mehrtägiger Dauer, besonders in der Gegend über dem rechten Auge lokalisiert waren.

Am 6. Oktober 1919 wurde sie wiederum von Kopfschmerzen, heftiger als sonst befallen, und zwar nicht nur über dem rechten Auge, sondern auch im Hinterkopf. Am 8. Oktober Exophthalmus beider Augen. Einige Tage später Schwellung des rechten Augenlides, der Nasenwurzel und schliesslich am 12. Oktober auch Geschwulst des linken Augenlides. Ab und zu Frostschauer, keine bemerkenswerte Sekretion aus der Nase.

Sie kam am 12. Oktober abends in die Ohren-Nasen-Abteilung des Reichshospitals und klagte über intensive Schmerzen über den Augen, besonders dem rechten und im Hinterkopf. Weder Uebelkeit noch Schwindel, ganz klar. Starke Geschwulst beider Augenlider und über der Nasenwurzel, auch stark gerötete Haut an diesen Stellen. Ziemlich harte Infiltration, Druckempfindlichkeit über dem rechten Sinus frontalis.

Beide Augen stark protrudiert mit Chemosis der Conj. bulbi und etwas konjunktivaler Blutung. Der rechte Bulbus unbeweglich, der linke etwas beweglich. Sehvermögen auf dem linken Auge gut, auf dem rechten herabgesetzt.

Bei Rhinoscop. ant. et post. nichts besonderes zu merken, nirgends Pus. Temp. 38,1. Puls 104, regelmässig.

In Chloroformnarkose wurden am selben Abend hintereinander der rechte Sinus frontalis und die rechten Ethmoidalzellen geöffnet. Nirgends etwas beson-

deres zu bemerken, abgesehen von etwas Oedem der Schleimhaut. Das rechte Antrum Highmori wurde punktiert.

Am nächsten Tage wurde der rechte Sinus sphenoidalis in Lokalanästhesie geöffnet. Die Schleimhaut etwas dick, etwas Mukopus in der Höhle. Die vordere Wand der Sphenoidalhöhle wurde entfernt.

Am 17. Oktober sah man bei der Augengrunduntersuchung die Papillen so gut wie normal. Schüttelfrost. Darauf Temp. 40°. Starb am 17. Oktober.

Bei der Sektion fand man die Schleimhäute der Nase im wesentlichen normal. Basis-Meningitis. Pars basilaris ossis sphenoidalis et occipitalis ist morsch und nekrotisch. Sinus cavernosus und die V. ethmoidales sind mit einer übelriechenden, rotbraunen Thrombosenmasse gefüllt. Der rechte Sinus sphenoidalis enthielt etwas eitergemischtes Blut. Das orbitale Feld war pusinfiltriert und die Venen vollständig thrombosiert.

Die Infektion hat sich wohl von der Nase in den rechten Sinus sphenoidalis und von dort aus zur Pars basilaris und schliesslich auf den Sinus cavernosus erstreckt.

Höston: Ein Fall von Cancer oesophagi bei einem 28jährigen Manne mit vormaliger Laugenstriktur.

Patient wurde am 13. Oktober in der Abteilung aufgenommen. Starb am 18. Oktober 1919.

Trank, etwa 5—6 Jahre alt, Lauge und konnte mehrere Jahre lang nur flüssige Nahrung zu sich nehmen. Seit seinem elften Jahre hat er ohne Beschwerden alle Speisen geniessen können.

Vor 4 Monaten meldeten sich Schmerzen beim Schlingen und kurz darauf auch Heiserkeit. Besonders flüssige Sachen gehen, wenn er nicht mit grosser Vorsicht und in kleinen Portionen schluckt und gleichzeitig eine bestimmte Stellung einnimmt, leicht „in die falsche Kehle".

Während der letzten 3 Wochen nachts ab und zu Erstickungsanfälle. Erhebliche Abmagerung. Wassermann negativ.

Die laryngoskopische Untersuchung zeigt das linke Stimmband etwa in Mittelstellung fixiert und mit leicht exkaviertem Rand. Das rechte Stimmband sieht man bei Intonation und Inspiration kleine Bewegungen um die Mittelstellung machen. Keine Geschwulst der Schleimhaut.

Bei Sondierung zeigt es sich, dass die Sonde Nr. 12 eine in gleicher Höhe mit dem Kehlkopf befindliche Stenose nicht durchdringen kann. Man findet auch Anzeichen einer rechtsseitigen Pneumonie.

Die Sektion ergab einen 9—10 cm langen ulzerierenden Tumor im Oesophagus, der sich von der Cartilago cricoidea nach unten erstreckte. Der linke Nervus recurrens war in die Tumormasse eingebettet, der rechte aber frei. Der Tumor zeigte das typische Bild eines Plattenepithelkankroids mit starker Verhornung.

Zudem sah man in der Mittelpartie des Oesophagus zwei transversale Narben (Laugenstriktur). Aorta normal. Beiderseitige Bronchopneumonie.

Höston: Ein Fall von Nasenbluten bei Urämie.

Patient war ein 19jähriger Mann aus gesunder Familie. Wurde aufgenommen am 29. und starb am 31. Oktober 1919. Früher Ohrenfluss und herabgesetztes Gehör. Während der letzten Tage erkältet mit Schmerzen im linken Ohr und seiner Umgebung. Erbrechen. Druckempfindlichkeit über dem linken Processus mast.

29. Oktober. Starke Blutungen aus dem linken Nasenloch. Kommt zum Aufhören durch vordere Tamponade. Blass, fast pulslos. Afebril. Keine Oedeme. Harn Alb. ++, Zucker —.

Am nächsten Tage Durchmeisselung des Processus mast. Das Nasenbluten hält an, so dass hintere Tamponade zur Anwendung kommen muss. Der Zustand verschlechtert sich, zunehmende Unruhe und verschleiertes Sensorium. Mors ohne Krämpfe am 31. Oktober.

Die Sektion ergab eine ausgesprochene Atrophie der Nieren. Beide Nieren zusammen wogen 68 g, das Herz 350 g.

Sonst nicht abnormes bei den Organen.

Sitzung vom 26. Februar 1920.

Vorsitzender: Uchermann.
Schriftführer: Maartmann Moe.

Uchermann führte ein 19jähriges Mädchen mit chronischer suppurativer Sinusitis maxillaris dextra, verbunden mit gleichzeitiger totaler Ptosis vor. Die Krankheit begann vor etwa $^1/_2$ Jahre mit Zahnschmerzen im rechten Oberkiefer und etwas später einsetzendem Eiterausfluss aus dem rechten Nasenloch. Fast gleichzeitig fing das rechte Auge an kleiner zu werden. Es waren weder Schwellungen, Empfindlichkeit noch Schmerzen in der rechten Orbita oder ihrer Nachbarschaft vorhanden, auch keine sonstigen Symptome der Augen (Augenklinik). Bei der Radikaloperation des Antrums war nichts besonderes zu bemerken; weder Anzeichen einer Ethmoiditis noch Frontalsinusitis. Auch bei der Durchleuchtung war nichts zu sehen. Es muss also hier eine isolierte Affektion desjenigen Zweiges des Okulomotorius vorliegen, der den M. levator palpebrae versorgt, und zwar hervorgerufen durch eine Metastase der Entzündung in der Oberkieferhöhle. Uchermann hat eine derartige Kombination in keinem der grossen Handbücher erwähnt gefunden.

Uchermann berichtete 3 Fälle von Fremdkörpern im Kehlkopf und der Luftröhre von bzw. 1-, $1^1/_2$- und 5jährigen Kindern. In dem einen Falle wurde er (ein Stück Schiefer, das seit 1 Woche in der Regia subglottica eines etwa einjährigen Knaben gesessen hatte) vermittels Tracheotomia sup. und retrograder Laryngoskopie entfernt, in den beiden anderen Fällen (gebrannte Kaffeebohnen seit 14 Tagen bzw. 1 Monat im rechten Bronchus) kam Tracheotomia inf., die Pieniazek'sche Röhre und Reflexlicht zur Anwendung. Bei dem 5jährigen Mädchen ballotierte die Bohne mit dem charakteristischen „Flaggengeräusch". Während der Operation liess sich plötzlich dies Geräusch (ähnlich einer rauschenden Fahne) hören, wobei sich das Gesicht der Patientin blau verfärbte, so dass die Tracheo-

tomie in aller Eile beendigt werden musste. Bei der Untersuchung zeigte es sich denn auch, dass die Bronchien leer waren. Der Fremdkörper sass mithin oben, unterhalb der Glottis. Als man nun die Röhre entfernte, um sie zwecks Untersuchung nach oberhalb mit einer gespaltenen zu vertauschen, machte die Patientin eine plötzliche Inspiration, die Bohne rutschte herunter und zeigte sich in der Operationswunde und wurde nun durch einen von vorn nach hinten erfolgenden Druck auf die Luftröhre entfernt. Uchermann betonte, wie grosse Vorteile die Tracheotomia inf. und Pieniazek'sche Röhre (bei Erwachsenen wäre die Tracheotomia sup. vorzuziehen) vor dem therapeutisch so beschwerlichen Elektroskop (Brünings) besässe, da letzteres im entscheidenden Augenblick doch immer versage (siehe Näheres hierüber in der Festschrift für Killian).

Uchermann berichtete einen Fall von akuter, infolge Erbrechens sich einstellender Asphyxie bei einem 34jährigen Manne, der seit dem 13. November 1919 wegen Larynxtuberkulose im Reichshospital („Keyserlökken") behandelt wurde. Es war eine starke Infiltration und Verdickung der Epiglottis und der hinteren Wand vorhanden, sowie der Tubercula arytaenoidea mit daraus bedingter Dysphagie. Die Stimmbänder sind wegulzeriert, die Stimme aphonisch. Er hat etwa $1^1/_2$ Jahr in einem Sanatorium zugebracht, er ist kräftig gebaut und in guter Verfassung. Temperatur normal. Ueber den Lungen ist wenig zu hören. Beim Schlingen flüssiger Sachen besteht eine gewisse Gefahr des Verschluckens, was sich aber nach der Entfernung der Spitze der Epiglottis mit Doppelkürette besserte. Aber die Infiltrate, besonders der hinteren Wand, nahmen allmählich zu, weshalb am 17. Februar Laryngotomia media mit der Fensterresektion des Mittelstückes des Arcus cricoideus (Lokalanästhesie) gemacht und eine Kanüle Nr. 6 eingelegt wurde. Nach der Operation etwas Temperatursteigerung, sonst Wohlbefinden, keine Schlingbeschwerden. Als er am 19. Februar morgens Frühstück gegessen und etwas Wasser getrunken hatte, färbte sich sein Gesicht plötzlich blau, Speisereste traten aus der Kanüle, weniger reichlich aus dem Munde heraus und die Atmung stockte. Belebungsversuche waren ohne Erfolg. Die Sektion ergab das reichliche Vorhandensein von dünngrünlicher Flüssigkeit und Speiseresten in Kehlkopf, Luftröhre und Bronchien. Ausserdem fand man zahlreiche frische und alte Tuberkel in den Lungen, eine faustgrosse tuberkulöse, rechtsseitige Pyonephrose, Prostatitis tuberculosa caseosa, Tuberculosis vesiculorum seminalium, Hypertrophia und Dilatatio cordis. Todesursache: Suffocatio post aspirationem contentis ventriculi. Das Erbrechen überkam ihn also so plötzlich, dass ihm keine Zeit blieb, sich vornüber zu beugen und den Mund zu öffnen, der Inhalt lief in den Kehlkopf und erstickte ihn. Die Passage war allerdings eng, aber der Schliessmechanismus der Epiglottis war zerstört und der des Aditus ausser Funktion. Ein merkwürdiger und wohl einzig dastehender Fall bei einer wachen, weder benommenen noch bewusstlosen Person.

Höston berichtete einen Fall von Sinusthrombose. Heilung erzielt durch Sinusoperation und Jugularisunterbindung.

Höston berichtete über eine von einem Peritonsillarabszess ausgehende Thrombose des Sinus cavernosus.

Patient — ein 20jähriger Mann — wurde am 2. Dezember 1919 im Krankenhause aufgenommen und starb am 7. Dezember.

8 Tage vorher erkältet mit „Halsschmerzen“, hohem Fieber und Frostschauer.

5 Tage später wird auf der rechten Seite ein Halsgeschwür inzidiert und Eiter entleert. Vorübergehende Erleichterung. Einige Tage später heftige Frostanfälle und beim Oeffnen des Mundes starke Schmerzen im rechten Kiefergelenk.

Status bei der Ankunft am 2. Dezember: Rechtes Auge geschlossen und das Augenlid rot und geschwollen. Protrusion des Bulbus, Chemosis conjunctivae.

Linkes Auge normale Umgebung.

Fauces: Inzisionsöffnung an der typischen Stelle eines Peritonsillarabzesses.

An der Nase nichts Abnormes nachzuweisen.

3. Dezember: Nachts 3 Frostanfälle. Temperatur 41,8°. Auch am linken Augenlid zeigt sich eine beginnende Schwellung. Beide Bulbi prominieren deutlich und haben beschränkte Beweglichkeit. Ophthalmoskopisch: Verschlungene gefüllte Venen, sonst nichts Abnormes.

In Lokalanästhesie werden die hinteren Ethmoidalzellen und die rechte Sphenoidalhöhle geöffnet. Nichts Abnormes.

Patient klagt fast nicht über Kopfschmerzen, nur über Durst. — Die Krankheitserscheinungen werden stärker, Patient wird unklar und stirbt am 7. Dezember.

Die Sektion (partiell) ergab eine Thrombose des Sinus cavernosus sowie eine ausgedehnte Basismeningitis.

Galtung berichtete den Fall einer geheilten otogenen Meningitis (Gehirnabszess?).

Maartmann Moe.

III. Briefkasten.

Eine neue französische Fachzeitschrift.

Unter dem Titel „Monographies oto-rhino-laryngologiques“ erscheinen in zwangloser Folge unter der Herausgabe von Sourdille, Ledoux, Vernet und Haloin Hefte, deren jedes einen Aufsatz über ein Thema von besonderem aktuellen Interesse enthalten soll. Das erste 1921 erschienene Heft bringt eine kritische Studie von Herbert Tilley über die Behandlung der Stirnhöhlen-Siebbeineiterungen.

Einführung eines Spezialdiploms für Oto-Laryngologen in England.

Die Sektion für Laryngologie und die Sektion für Otologie der R. Society of Medicine haben an die beiden Royal Colleges in London (R. College of Surgeons und R. College of Physicians) den Antrag gerichtet, dass ein Diplom in Laryngologie und Otologie eingeführt werden soll. Solche Diplome werden von den Prüfungsbehörden in England für andere Spezialfächer (z. B. Psychiatrie, Ophthalmologie, Röntgenkunde usw.) bereits verliehen; sie werden auf Grund klinischer Tätigkeit und Examina, für welche die Bestimmungen von jener Behörde festgesetzt sind, erworben.

Eine Klinik für Asthma- und Heufieberkranke.

Am New York Hospital wurde im März 1920 eine Poliklinik für Asthma- und Heufieberkranke eingerichtet, die unter Leitung von Dr. Robert A. Cooke steht. Die Poliklinik wird wöchentlich zweimal abgehalten und es werden jedesmal 60—80 Patienten behandelt. Von der Annahme ausgehend, dass Asthma und

Heufieber gewöhnlich Erscheinungen einer besonderen Idiosynkrasie oder Ueberempfindlichkeit gegen gewisse durch Einatmung oder mit der Nahrung aufgenommene Stoffe sind, wird bei jedem Patienten zuerst durch Injektion der verschiedensten Stoffe festgestellt, gegen welche spezielle Substanz er empfindlich ist. Hat man aus der Hautreaktion nach der Einspritzung dies festgestellt, so wird versucht, den Patienten davor zu schützen, dass er sich fernerhin diesem Stoff aussetzt oder, falls dies nicht möglich ist, ihn durch wiederholte Injektion minimaler Dosen der Substanz zu immunisieren. Es hat sich in den ersten 9 Monaten des Bestehens dieses Instituts gezeigt, dass bei den meisten Asthmapatienten die Störungen verschuldet werden durch Einatmung der Abschilfungen von Fell, Federn oder Haar der Haustiere. Nicht weniger als 130 verschiedene Substanzen sind von der Unterabteilung für Immunologie des Pathological Departements zu Einspritzungen in der Asthmapoliklinik angefordert worden.

Personalnachrichten.

Prof. Stenger (Königsberg) und Prof. Wagener (Marburg) sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden.



Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVII. Juni 1921. No. 6.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **G. Bradt** (Berlin), **Calamida** (Mailand), **R. Dreyfuss** (Frankfurt a. M.), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **F. Hanszel** (Wien), **R. Hoffmann** (Dresden), **R. Imhofer** (Prag), **G. Jonquière** (Bern), **R. Kotz** (München), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **R. Lund** (Kopenhagen), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXVII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1921) 25 **Mark.**

Berlin 1921.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVII. Berlin, Juni. 1921. No. 6.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) Lasagna. **Tuberkulose und Syphilis der oberen Luftwege. (Tuberculosi e sifilide delle prime vie aeree.)** *Arch. Ital. di Otol., Rinol. e Laring. Vol. XXXII. H. 2. 1921.*

Verf. berichtet über 5 Fälle, bei denen gleichzeitig Tuberkulose und Syphilis in den oberen Luftwegen vorkam oder wo eine Infektion dort entstand, wo bereits die andere vorhanden war. So ein Fall, wo hereditäre Syphilis des Nasenrachens vorhanden war und an derselben Stelle eine primäre Tuberkulose entstand, ferner eine sekundäre Syphilis der oberen Luftwege mit Lungentuberkulose, eine Larynxtuberkulose mit Rachensyphilis, gleichzeitige Tuberkulose und tertiäre Larynxsyphilis. Verf. schildert die Schwierigkeiten, welche die Diagnose in diesen Fällen macht.

CALAMIDA.

2) W. W. Pearson. **Chlorom mit besonderer Berücksichtigung von Ohr-, Nasen- und Halserscheinungen nebst Bericht über zwei Fälle. (Chloroma with special reference to ear, nose and throat manifestations with report of two cases.)** *Annals of Otol., Rhinol. and Laryng. Dezember 1920.*

Der erste Fall betrifft einen 9jährigen Knaben mit Chlorommassen im Mittelohr, im Gehirn, an der Hinterfläche des Sternums usw. Ausführlicher Sektionsbericht.

Im zweiten Fall handelte es sich ebenfalls um einen 9jährigen Knaben, der seit einigen Wochen über Kopfweh, allgemeine Schwäche und Gliederschmerzen klagte. Pat. ist unfähig zu gehen. Es bestand ausgesprochener Exophthalmos rechts, weniger links. Untersuchung der Nase negativ. Retinablutung und Epistaxis. Der Kranke starb 2 Wochen, nachdem er das Hospital verlassen hatte. Literaturübersicht.

FINDER.

3) **Joseph C. Beck. Verhältnis der Drüsen mit innerer Sekretion zur Oto-Laryngologie. (Relation of the glands of internal secretion to oto-laryngology.)** *The Laryngoscope. Mai 1917.*

Atrophische Rhinitis, Ethmoiditis hyperplastica, Rhinitis hyperaesthetica und Asthma sollen in einer möglichen ätiologischen Verbindung mit der Zirbeldrüse und den Nebennieren stehen, weil diese Drüsen auf das Knochenwachstum einen Einfluss haben sollen. In bezug auf atrophische Rhinitis theorisiert Beck wie folgt: Den Anstoss des pathologischen Prozesses soll eine jener „fokalen Infektionen" geben, welche auf Anregung Frank Billings in Amerika ein Schlagwort in der Pathologie geworden sind und alles mögliche Krankhafte spielend leicht erklären sollen. Diese „Herde" sollen in den Mandeln und auf den Zahnwurzeln ihren häufigsten Sitz haben und meistens lokal keine Symptome machen. Ein solcher „Herd" soll die Leistung der besagten Drüsen verändern, so dass sie nicht mehr „harmonisch" zusammen wirken. Die Folge soll eine rarefizierende Osteitis des Knochengerüstes der Nase sein mit den bekannten Veränderungen der Rhinitis atrophicans; was alles ohne den geringsten pathologischen Beweis behauptet wird.

O. T. FREER.

4) **Walter Brock. Beziehungen der inneren Sekretion zur Schuppenflechte und deren Behandlung mit Thymusbestrahlung.** *„Strahlentherapie". Bd. 11 (Krönig-Gedenkband II). H. 2.*

Die für den Dermatologen und Röntgenologen wichtige Arbeit kann hier nur im Rahmen des laryngologisch Interessanten besprochen werden: Die Versuche zeigen den Einfluss der Thymus auf die Keratinbildung. Röntgenreizdosen auf die Thymus bringen beim Psoriatiker die klinischen Erscheinungen zum Schwinden; Röntgenlähmungsdosen rufen eine Aussaat des Krankheitsbildes hervor. Bei ausgebildeter Thymus und bei Thymushypertrophie wird Psoriasis nicht beobachtet, bei bestehender Schuppenflechte wird stets Thymusinvolution oder sonstige Rückbildungserscheinungen dieser Drüse nachgewiesen.

W. SOBERNHEIM.

5) **Stettner** (Erlangen). **Zur Kenntnis der Stenose der oberen Luftwege bei Grippe.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. S. 233. 1921.*

Differentialdiagnostisch ist gegenüber der Diphtherie zu beachten, dass die Veränderungen bei letzterer sich meist auf den Kehlkopf beschränken, während sie bei Grippe auf die Luftröhre überzugreifen pflegen. Daher erscheint das Stenosegeräusch bei Grippestenosen trocken, bei Diphtherie mehr feucht und rasselnd. Im Rachen findet sich bei Grippekindern im Gegensatz zur Diphtherie sehr viel Schleim.

Verf. sah gute Erfolge durch Vernebeln von Adrenalin, das er mit dem Spiessschen Zerstäuber in Form von Glyzirenan anwendet.

KOTZ.

6) **Specht** (Halle). **Diphtherie oder Grippe? Ein Beitrag zur Klinik der letzteren.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 107. S. 127.*

Sechs Jahre altes Kind erkrankte plötzlich mit rasch zunehmender Atemnot, die erst an Diphtherie denken liess. Bei der Bronchoscopia inf. zeigten sich

überall im Bronchialsystem massenhaft zäh haftende Borken, deren Auswischen mit der Wattesonde jedesmal Erleichterung brachte. Schliesslich kam eine Fistel der Luftröhre nach der Speiseröhre hin zustande. Mit dem ausgehusteten Sekret in Berührung kommende Hautstellen zeigten (auch beim Pflegepersonal) hartnäckige Eiterungen. Tod an Bronchopneumonie. Die Sektion zeigte den von Miloslavich bei vielen Grippe-Obduktionen beobachteten Befund. KOTZ.

7) **Steurer** (Tübingen). **Experimentelle Untersuchungen über das Eindringen von Reizgas in die Luftwege durch das perforierte Trommelfell und die Tuba Eustachii.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 106. S. 196.*

Da bei perforiertem Trommelfell Kampfgas durch die Tube in die Luftwege gelangen kann, bietet die Gasmaske Leuten mit durchlöchertem Trommelfell keine genügende Sicherheit. Eiterungen im Mittelohr scheinen einen gewissen Schutz zu gewähren, noch mehr aber chronisch-entzündliche Veränderungen im Nasen-Rachenraum. KOTZ.

8) **A. G. Auld. Bemerkungen über die Anwendung von Pepton bei Asthma und verwandten Zuständen. (Remarks on the use of peptone in asthma and its congeners.)** *Brit. med. Journ. 14. Mai 1921.*

Die Basis der Arbeiten des Verf.'s über Asthma und seine Therapie beruht auf der Identität der Charaktere von Anaphylaxie und Peptonvergiftung. Die von ihm empfohlene Peptonbehandlung hat sich nicht nur beim Asthma, sondern auch bei verwandten Zuständen, wie Heufieber, bewährt. Verf. benutzt das Pepton Nr. 2 von Armour, das mittels intravenöser Injektion angewandt wird.

FINDER.

9) **J. Dekker** (Bergen, N.-H.). **Eine neue Behandlung von Asthma und anderen anaphylaktischen Erscheinungen.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. S. 1122. 1921.*

In vielen Fällen enthält die normale tägliche Nahrung den für eine bestimmte Person schädlichen Stoff. Die anaphylaktischen Erscheinungen bleiben aus, wenn man kurz vor der Einnahme der grösseren Dosis eine kleine Dosis gibt. Im Pepton hat man ein Mittel, welches der schädlichen Wirkung der Nahrung vorbeugen kann. Man gibt 3mal täglich 0,5 g Pepton eine Stunde vor der Mahlzeit. Verf. berichtet über günstigen Erfolg. v. GILSE.

10) **O. Freer. Ein Verfahren zur Dauereinlegung von Radium an bestimmte Stellen im Kehlkopf und Rachen, nebst Anweisung für den Gebrauch der Simpsonschen Radiumnadeln in der Rhino-Laryngologie.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 300.*

F. berichtet über einen neuen Apparat zur Dauereinlegung von Radium. Genauere Beschreibung ist im Original nachzulesen. Auch mit Hilfe der Simpsonschen Radiumnadeln hat Verf. bei Kehlkopftumoren Erfolge zu verzeichnen gehabt.

BRADT.

11) **W. Freudenthal** (New York). **Radiumbehandlung bei 3 Patienten mit malignen Neoplasmen der oberen Luftwege. (Radium treatment in three patients with malignant neoplasms of the upper air tract.)** *Amer. Journ. of Surgery. April 1921.*

Der erste Fall betraf einen 50jährigen Arbeiter mit einer zum Teil pendelnden Geschwulst, die von der linken Tonsille herrührte (Lymphosarkom). Dieselbe wurde mit der kalten Schlinge entfernt. Schwere Blutung, die aber schliesslich zum Stehen gebracht wurde. Dann Radium. Es war nach 34 Monaten noch kein Rezidiv eingetreten. Im 2. Falle (Epitheliom des Larynx) lebte Patient noch ein Jahr nach der Applikation von Radium. Der dritte Patient hatte ein inoperables Epitheliom des Larynx. Unter Schwebelaryngoskopie wurde ein Teil der Masse entfernt wegen Dyspnoe (Tracheotomie wurde verweigert) und dann Radium gegeben. Pat. starb aber bald darauf.

W. FREUDENTHAL.

12) **Alois Czepa. Erstickungstod nach Röntgenbestrahlung eines Mediastinaltumors (Lymphogranuloms).** *„Strahlentherapie.“ Bd. 12. H. 1.*

Tod einige Stunden nach Bestrahlung eines Mediastinaltumors infolge Verlegung der Trachea durch einen in die Trachea durchgebrochenen, infolge der Röntgenfrühreaktion angeschwollenen Knoten; histologisch wird nicht Hyperämie, sondern Oedem festgestellt. Zur Vermeidung ähnlicher Vorkommnisse wird empfohlen, bei Mediastinaltumoren, Strumen, Thymushyperplasien, bei denen infolge Anschwellung der bestrahlten Teile Kompression der Trachea und Gefässe entstehen könnte, eine Probebestrahlung mit kleiner Dosis vorzunehmen oder überhaupt nur kleine und oft wiederholte Dosen anzuwenden.

W. SOBERNHEIM.

13) **Kurt Stromeyer. Ueber die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit Röntgenstrahlen.** Aus der chir. Univ.-Klinik in Jena (Prof. Lexer). *Veröffentl. der Robert Koch-Stiftung z. Bekämpf. d. Tuberkulose.*

In dem Abschnitt der Arbeit „Halsdrüsentuberkulose“ wird die Röntgenbehandlung als die erfolgreichste Behandlungsmethode der tuberkulösen Lymphdrüsenerkrankungen bezeichnet, und zwar für jedes Stadium der Erkrankung, im Gegensatz zu den wenig befriedigenden, mit Narben und Fistelbildungen heilenden oder oft rezidivierenden chirurgisch-operativen Behandlungsresultaten.

Vor der Strahlenbehandlung wurden erweichte Drüsen punktiert. Nach den ersten Bestrahlungen trat gewöhnlich eine örtliche Reaktion auf, danach trat Abnahme der Drüsen auf. Allgemeine Reaktionen fehlten stets.

Von 20 Fällen mit abgeschlossener Behandlung wurden 18 geheilt, 1 gebessert, 1 ungebessert. Besonders günstige Resultate wurden bei Behandlung der veralteten, mehrfach fistelnden und öfters nachoperierten Fälle erzielt.

Die grösste Sitzungszahl betrug 16, die X-Zahl 130, die Bestrahlungszeit 13 Monate. Die kleinste Sitzungszahl 2, die X-Zahl 8, die Bestrahlungszeit 1 Monat.

W. SOBERNHEIM.

14) **Guisez. Fremdkörper der Atemwege. (Corps étrangers des voies respiratoires.)** *Société des chirurgiens de Paris. 26. Mai 1921.*

Der eine Fremdkörper war ein Mundstück einer Kindertrompete, der aus

einem linken Nebenbronchus mittels oberer Bronchoskopie entfernt wurde. Im zweiten Falle hatte ein Neurastheniker in selbstmörderischer Absicht Glasstücke verschluckt. Es war eine grosse periösophageale Phlegmone entstanden, die durch das Oesophagoskop entleert werden konnte. G. empfiehlt in solchen Fällen stets am liegenden Patienten zu operieren, da beim sitzenden der Eiter in die oberen Luftwege geraten könne.

FINDER.

15) **Gertrud Lange. Beiträge zur Kuhnschen Intubationsnarkose.** Aus der chir. Univ.-Klinik der Charité in Berlin. *Diss. Berlin 1920.*

Bericht über Operation von Zungenkarzinom, Tumoren des Ober- und Unterkiefers und Operation am harten und weichen Gaumen, bei denen die Kuhnsche Intubation mit Erfolg angewandt wurde.

DREYFUSS.

b) Nase und Nasenrachenraum.

16) **L. Grünwald. Der Seitenraum der Nase, dargestellt auf Grund der Entwicklung und des Vergleichs.** *Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

Das Bedürfnis, den Begriff des Seitenraumes festzulegen und durch entsprechenden Namen zu kennzeichnen, ergab sich aus der Erkenntnis, dass der für Verhältnisse des erwachsenen Menschen noch einigermassen passende Namen „mittlerer Gang" weder tierischen, noch frühen Entwickelungserscheinungen des Menschen gerecht wird: Bei ersteren gibt es überhaupt keine, bei letzteren noch keine Gänge und, was an dieser Stelle vorhanden ist, kann nur als Raum bezeichnet werden. Der Raum grenzt sich deutlich ab: kranialwärts durch den Angulus nasi lateralis bei Menschen und Affen, bei anderen Säugern durch eine gut ausgeprägte Knochenkante am Stirnbein, lateral von welcher der Raum sich stark ausbuchtet; septal durch die Aussenfläche des Basalwulstes; maxillarwärts durch den kranialen Rand einer vom Nasoturbinale (Agger nasi) okzipitalwärts verlaufenden Plica semilunaris, die sich später als Processus uncinatus darstellt; frontalwärts durch den Agger selbst; die laterale Grenze bildet die Nasenwand.

Der vordere Teil des Raumes ist identisch mit dem, was Killian als Recessus frontalis benannt hat.

Der Recesus frontalis tritt erst im 4. Monat in die Erscheinung. Er entwickelt sich im Laufe der Kopfentfaltung wahrscheinlich als Funktion des Rückschrittes der Hyperepignathie des Embryos.

Der Recessus frontalis kann ungegliedert bleiben oder Teilungsvorgänge aufweisen, die zur Bildung der sogenannten Frontalzellen führen. Diese entstehen fötal zum Teil nicht aus dem eigentlichen Recessus frontalis, sondern teilweise durch Spaltungsvorgänge im Bereich des Nasoturbinale (Agger). Wahrscheinlich ist die gesamte Pneumatisation im Bereiche des Recessus frontalis bereits fötal angelegt.

Der hintere Teil des Raumes enthält den Torus lateralis (Bulla ethmoidalis), der solid und hohl (daher nur in diesem Falle eine Bulla) sein kann. Wie immer er gestaltet sein mag, darf er als Homologon aller im Seitenraume befindlichen Muscheln, also als Paraturbinale gelten. Interessant sind die im Orignal nachzu-

lesenden Verschiedenheiten des Baues des Torus bei den verschiedenen Säugern und seine Beziehung zur Pneumatisation.

Im hinteren Teil des Seitenraumes liegt ferner der Hiatus semilunaris posterior.

Der Hiatus semilunaris inferior fällt noch in den Rahmen dieser Betrachtung, die höchst sorgfältige exakte Studien zur Voraussetzung hat. BRADT.

17) **Willy Lüders. Ueber Choanalatresie.** *Diss. Greifswald 1920.*

Nach einem Ueberblick über die schon hochangeschwollene Literatur berichtet L. von einem Fall aus Brünings Klinik. Es handelte sich um ein Kieferhöhlenempyem mit totaler Verlegung der linken Nasenhälfte, Fieber und Nasenblutungen. Die Palpation des Nasenrachenraums ebenso die Rhinoscopia posterior waren wegen zu grosser Enge desselben unmöglich. B. operierte die Kieferhöhleneiterung nach Denker und fand so die Choanalatresie. Diese letztere wurde, da die linke Nasen- und Nasenrachenhälfte zu enge waren, dadurch behoben, dass das hinterste Drittel der knöchernen Nasenscheidewand mit dem Vomer reseziert wurde. Dauerheilung. DREYFUSS.

18) **Halle** (Charlottenburg). **Die operative Therapie der Ozäna.** *Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

H. greift bei seiner operativen Behandlung der Ozaena das Prinzip der Verengung in der Nase aus dem Lautenschlägerschen Verfahren heraus. Die untere Muschel wird an ihrer medialen Fläche angefrischt, ebenso die gegenüberliegende Stelle der Nasenscheidewand. Nunmehr wird ein Schnitt unmittelbar an dem Kopfe der mitteren Muschel beginnend nach dem Kopfe der unteren Muschel fest auf den Knochen geführt. Der Schnitt setzt sich abwärts bis auf den Nasenboden fort. Die Schleimhaut und das Periost des Nasenbodens werden mit einem Elevatorium medial bis zum Septum, lateral bis oberhalb der Grenzlinie zwischen Nasenboden und Seitenwand abgehoben. Hierauf wird der Knochen vor dem Kopf der beiden Muscheln durchgemeisselt; sodann die Seitenwand der Nase an ihrer unteren Grenzlinie zum Nasenboden. Diese Abmeisselung, welche submukös geschieht, geht bis zur hinteren Wand der Oberkieferhöhle. H. tamponiert dann 5 Tage lang, bis sich eine Synechie zwischen unterer Muschel und Septum gebildet hat. H. sah gute Erfolge nach dieser Operation, und weist auf die Vereinfachung gegenüber der Lautenschlägerschen Methode hin. BRADT.

19) **Ricardo Botey. Die submukösen Injektionen von Vaselin-Bariumgemisch bei Ozäna. (Las inyecciones submucosas de vaselina baritada en el ozena.)** *Revista Espanola de Laring., Otol. y Rinol. No. 2. 1921.*

Verf. bedient sich an Stelle des Paraffins zur submukösen Injektion bei Ozaena einer Paste von folgender Zusammensetzung: Vaselin alb. 10,0, Bariumsulfat, feinst pulverisiert, so dass es durch ein Seidenfilter hindurchgeht, 20 g. Gegenüber besonders dem flüssigen Vaselin hat dieses Gemisch den Vorzug, dass es nicht aus der Stichöffnung zum grossen Teil wieder entweicht. Es genügt, die Nasenhöhle im vorderen Drittel zu verengen, indem man das Septum und das vordere Ende der unteren Muschel verdickt. Die mit dieser Vaselin-Bariumpaste erzielten Erfolge schienen dem Verf. ausgesprochener und schneller eintretend, als die mit Paraffin erzielten. FINDER.

20) **Seymour Oppenheimer. Eine Verdammung des Paraffins in der kosmetischen Rhinoplastik. (A condemnatory note on the use of paraffin in cosmetic rhinoplasty.)** *The Laryngoscope. September 1920.*

Auch in den Händen des geschulten Chirurgen ist Paraffinkosmetik immer gefährlich. Verf. erwähnt toxische Resorption nach Paraffineinspritzung, starke Entzündung, Gewebsnekrose, Luftembolie, Paraffinembolie, Wandern des Paraffins, Versteifung der Nasenflügel mit Atembehinderung, Retinitis, Neuritis optica, plötzliche Erblindung, Abszesse. O. T. FREER.

21) **Chr. van Gelderen** (Amsterdam). **Histologische Veränderungen in der Subkutis nach subkutanen Paraffineinspritzungen.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 8. S. 946. 1921.*

Es wurde Weichparaffin nach Stein (Schmelzpunkt 43° C) in flüssigem Zustand bei einem jungen Hunde subkutan eingespritzt. Nach 1—4 Wochen wurde das Paraffindepot mit Umgebung ausgeschnitten und genau untersucht. Schlussfolgerungen:

1. „Weichparaffin“ wird nicht durch Phagozytose resorbiert. Die vakuolisierten Zellen in der Umgebung der Paraffindepots sind fettig entartete Leukozyten und Fibroblasten.

2. In der Umgebung des Paraffins erfolgt eine leichte reaktive Entzündung mit bedeutender Bindegewebsentartung (Zellen und Fasern). Verf. hält es für möglich, dass Beimengungen des Paraffins die Entzündung verursachen. Die Paraffinkügelchen schwärzten sich mit Osmiumsäure, was auf Beimengungen hinweist.

3. Abkapselung beginnt in der zweiten Woche. Interstitiell bleibt ein kleines kleinzelliges Infiltrat bestehen. Riesenzellen fehlen.

4. Paraffin übt eine bleibende Reizung auf die Körperzellen aus: fettige Entartung auch noch nach 4 Wochen und starke Fibroblastenwucherung, welche „Paraffinome“ entstehen lässt. v. GILSE.

22) **Imhofer** (Prag). **Zur Kenntnis der üblen Zufälle bei Probespülung der Kieferhöhle.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 80. S. 281.*

Bei einem Pat., der ein Jahr vorher einen „Steckschuss des Gesichts“ durchgemacht hatte, wurde vom unteren Nasengang aus punktiert. Zuerst floss die Spülflüssigkeit mit etwas Eiter vermengt durch die Nase ab, plötzlich stockte der Abfluss und es trat ein Oedem des unteren Augenlides auf. Verf. führt das Vorkommnis, das keine weiteren schlimmen Folgen nach sich zog, als Beweis dafür an, dass bei der Kieferhöhlenpunktion dann und wann trotz aller Vorsicht unangenehme Zwischenfälle sich ereignen können. [Nach Ansicht des Ref. dürfte eine Kieferhöhlenspülung in Fällen, in denen wie hier wahrscheinlich eine Verletzung der Schädelbasis vorliegt, immer ein etwas gefährliches Unternehmen sein.]

KOTZ.

23) **Franz Bellmann. Ueber die Resultate der Kieferhöhlenoperationen in der Giessener Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke in der Zeit vom 1. Januar 1918 bis 31. Dezember 1919.** *Diss. Giessen 1920.*

Es wurden 114 Patienten, davon 30 doppelseitig nach Caldwell-Luc

operiert. 59 Pat. konnten später nachuntersucht werden, bei 54 war eine sichere Ausheilung der Kieferhöhlen nachzuweisen. Bei 5 bestand noch eine Eiterung.

DREYFUSS.

24) **A. Raoult** (Nancy). **Mukozele der Stirnhöhle. (Mucocèle du sinus frontal.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryngol. Januar 1921.*

Mitteilung eines einen 13jährigen Knaben betreffenden Falles. Es bestand ein nussgrosser fluktuierender Tumor oberhalb des linken inneren Augenwinkels. Operation mit gutem Erfolg.

FINDER.

25) **Lothar Nicolas. Ueber die extranasalen Operationsmethoden bei Stirnhöhlenerkrankungen.** *Diss. Marburg 1920.*

N. gibt einen erschöpfenden historischen Ueberblick über sämtliche Methoden und schildert zum Schluss das Verfahren von Wagener (Univ.-Ohrenklinik Marburg). W. nimmt den Boden der Stirnhöhle, den Proc. front. maxill. und das Siebbein fort, um den Abflussweg nach der Nase zu sichern. Von der Vorderwand entfernt er in geringerer Breite, wenn nötig, auch den unteren Saum. Von der Schleimhaut nimmt er nur polypöse Wucherungen und übermässige Granulationen fort, die übrige Schleimhaut wird erhalten.

DREYFUSS.

26) **Raymond Marcorelles. Fünf Stirnabszesse otitischen und sinusalen Ursprungs operiert und chirurgisch geheilt. (Cinq abcès du cerveau d'origine otique et sinusale opérés et chirurgicalement guéris.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. Januar 1921.*

Unter den 5 Fällen befinden sich zwei, die infolge Kriegsverletzung der Nebenhöhlen entstanden sind. Unter den Symptomen des Hirnabszesses betrachtet Verf. als ein besonders wichtiges die verlangsamte Sprache mit physischer Abgeschlagenheit und Trägheit des Intellekts. Zum Herauslassen des Eiters bedient er sich eines Troikarts, der dem Messer für einen ergänzenden Schnitt zum Führer dienen kann; der Schnitt muss genügend weit sein, um die Anwendung eines Nasenspekulums mit langen Branchen zu gestatten. Dieses drängt die Gehirnsubstanz auseinander, ohne sie zu verletzen. Die Abszesshöhle wird mit H_2O_2-Tampons ausgetupft. Die Höhle wird 15—20 Tage hindurch mit langen Gazestreifen drainiert.

FINDER.

27) **Lannois** und **Moliulé. Intraduraler Abszess von den Nebenhöhlen der Nase ausgehend; klinische und therapeutische Erwägungen über die Thrombophlebitis des Sinus longitudinalis superior.** *L'Oto-Rhino-Laryngologie Internat. Oktober 1920.*

Sechs Tage nach Operation eines Kieferhöhlenkarzinoms mit Ausbreitung auf die Nachbarschaft, besonders das Siebbein, traten Erscheinungen von Septikämie auf, gefolgt von langsam fortschreitender Hemiplegie des rechten Beines; bald trat auch Lähmung der Hand, der Schulter, der Gesichtshälfte auf, begleitet von Hemianästhesie, Steigerung der Reflexe. Unter meningitischen Symptomen erfolgte der Exitus. Einer der Verff. hat Gelegenheit gehabt, in 3 Fällen nach Nasenoperationen die gleiche Symptomenfolge zu beobachten. In einem dieser Fälle

konnte die Autopsie gemacht werden. Es fand sich eine Thrombophlebitis des Sinus longitudinalis superior mit einem semipurulenten Koagulum; verschiedene Venen waren bei ihrer Einmündung in den Sinus thrombosiert, besonders die grosse Trollardsche anamostosierende Vene, die einen mehrere Zentimeter langen Thrombus enthielt. Diese Verstopfung hatte eine Erweichung der darunter liegenden Hirnpartie herbeigeführt, insbesondere des Lobulus paracentralis und der Rolandschen Windungen. In dem Falle, der den Ausgangspunkt dieser Arbeit bildet, wurde ebenfalls die Autopsie gemacht; es fand sich ein grosser intraduraler Abszess, der fast die beiden vorderen Drittel der rechten Hemisphäre einnahm; in dem Sinus longitudinalis fand sich ein grosser Thrombus, der dessen Lumen fast vollständig verlegte.

Es kommen also nach intranasalen Eingriffen, besonders in der Gegend der mittleren Muschel, ausser den bekannten Hirnkomplikationen auch Thrombophlebitiden des Sinus longitudinalis sup. vor, deren Diagnose auf einer schnell fortschreitenden und aszendierenden Lähmung basiert, welche kurze Zeit nach schweren pyämischen Erscheinungen auftritt. In solchen Fällen ist Trepanation in der Mittellinie, Ligatur des Sinus in seiner gesunden Partie und Reinigung der thrombosierten Stelle notwendig.

FINDER.

28) **Max Unger. Ein neues Instrument und eine neue Art der Ausspülung und Drainage für die Nasennebenhöhlen. Vorläufige Mitteilung. (A new instrument and method for washing and draining the nasal sinuses. Preliminary report.)** *The Laryngoscope. September 1920.*

Durch ein gespaltenes Rohr, das am distalen Ende halbkreisförmig gebogen ist, so dass es unter die mittlere Muschel und über die untere Muschel eingeführt werden kann, damit es in das Ostium antri maxillaris eintritt, wird ein elastischer Katheter geschoben, bis er gut in die Kieferhöhle eindringt. Die beiden Hälften des gespaltenen Rohrs werden dann entfernt und der Katheter bleibt als Drainage- und Spülrohr in der Kieferhöhlenöffnung liegen. Illustriert.

O. T. FREER.

c) Mundrachenhöhle.

29) **v. Bartkiewicz. Ueber Entstehung und Wachstumsverhältnisse des Unterlippenkarzinoms.** *Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 17. H. 1.*

Auf 21 auf operativem Wege erhaltenen Karzinomen der Unterlippe, die sich wegen der Möglichkeit der Frühoperation und der Untersuchung der Schnittflächen des ganzen Organs zu histologischer Erforschung besonders eignen, baut sich diese ausführliche Arbeit auf. Die Krankengeschichten werden teilweise mit Abbildungen wiedergegeben.

Verf. weist nach, dass sich der Unterlippenkrebs fast durchweg vom oberflächlichen Lippenrotepithel durch Umwandlung von mehr oder weniger zahlreichen Normalzellen in bösartige entwickelt; die dem Lippenrot eigene Neigung der Krebsbildung, hängt zum Teil vom speziellen histologischen Bau des Subepithelialgewebes ab. Wächst der Krebs rasch, so tritt nur ein unbedeutender Teil des Lippenrotes in maligne Entartung, bei langsamem Wachstum dagegen kann

bösartige Massenproliferation des Lippenrotes auftreten mit ausgedehnten Ulzerationen. — In der Umgebung des Krebses treten hyperplastische und regressive Umwandlungen auf, besonders vom Subepithelialgewebe, und von den Hautdrüsen entwickeln sich atypische Auswüchse, die sich zu neuen Krebsherden umbilden können. Schleimdrüsen, Muskeln und elastische Gewebe zeigen nur regressive Veränderungen.

W. SOBERNHEIM.

30) H. E. Robertson. **Ueber lokales Amyloid mit besonderer Bezugnahme auf die sogenannten Amyloidtumoren der Zunge. (Local amyloid with special reference to socalled amyloid tumors of the tongue.)** *Annals of Otol., Rhinol. and Laryngol. Dezember 1920.*

Der Fall, der die Grundlage dieser Arbeit bildet, betrifft einen 40jährigen Mann, der an Basedow starb; bei der Sektion wurde als Nebenbefund ein erbsengrosser Tumor der Zungenbasis gefunden, der sich als eine lokale Ablagerung von Amyloid erwies.

FINDER.

31) Luigi Cevario. **Beitrag zum Studium der Mischgeschwülste der Speicheldrüsen. (Contributo allo studio dei tumori misti dello ghiandole salivari.)** *Il Policlinico. Sez. Chirurg. 15. Dezember 1920.*

Verf. gibt eine Literaturübersicht und teilt 2 eigene Fälle mit, von denen er einen ausführlichen durch Abbildungen illustrierten histologischen Befund gibt. Er begründet, warum er dazu gelangt, beide Fälle zu den Endotheliomen zu zählen, und zwar nennt er den ersten Fall ein Endothelioma fibro-myxo-enchondromatosum, den zweiten ein Endothelioma chondro-myxo-fibromatosum; er will damit den beiden Fällen gemeinsamen Endotheliomcharakter und die drei Hauptstadien zum Ausdruck bringen, welche das Endothelelement durchläuft.

FINDER.

32) Werner Plewka. **Zur Pathogenese der eitrigen Parotitis der Neugeborenen.** Aus der Univ.-Kinderklinik Jena. *Arch. f. Kinderheilk. Bd. 69. S. 279. 1921.*

Die eitrige Parotitis der Neugeborenen ist keine allzu seltene Krankheit. P. konnte 51 Fälle aus der Literatur zusammenstellen. Als Erreger kommen sowohl Staphylo-, Strepto- und Diplokokken in Betracht.

Umstritten ist die Pathogenese, ob die Krankheit hämatogen als Ausdruck einer allgemeinen Sepsis auftritt oder als eine vom Munde aus fortgeleitete aszendierende Sialoadenitis.

P. hatte Gelegenheit einen Fall von Beginn bis ad exitum zu beobachten: es handelte sich um eine 1660 g schwere, durch Sectio caesarea gewonnene Frühgeburt, die nach 6 Tagen starb und in den letzten 2 Tagen eine Schwellung der rechten Parotis aufwies. Auf Druck Eiter aus dem Ductus Stenoinanus.

Die histologische Untersuchung beider Parotiden ergab eine starke Entzündung im Gangsystem; dieses voll mit Eiter, der Staphylokokken in Reinkultur enthielt. Der Eiter liess sich bis in die kleinsten Verzweigungen nachweisen.

Sein Fall spricht also für eine aszendierende, vom Munde ausgehende Sialoadenitis.

DREYFUSS.

33) **Fritz Schilling** (Marburg). **Beitrag zur Kenntnis der Parotisgeschwülste.** Aus dem pathol. Institut Marburg. *Beiträge z. pathol. Anat. Bd. 68. S. 139. 1921.*

Kleinapfelgrosser Tumor der Parotis mit einer Hautfistel bei einem 41 Jahre alten Mann. Derselbe enthielt sehr viele kleine Zysten, von denen die eine durch die Haut hindurch geplatzt war und eine Fistel verursachte.

Als Ausgangspunkt der Neubildung ist das Epithel der grösseren Ausführungsgänge anzusehen. Es fanden sich schlauchartige Gänge, die mit einem einreihigen kubischen Epithel ausgekleidet sind, das keine deutlichen Zellgrenzen aufweist; andere Gänge wiederum hatten mehrschichtiges Epithel mit schleimigem Inhalt und waren schliesslich zu Zysten erweitert. DREYFUSS.

34) **Ezio Toti. Beitrag zur Semiotik der Motilität des Pharynx. (Contributo alla semeiotica della motilità del faringe.)** *Arch. Ital. di Otol., Rinol. e Laring. Vol. XXXII. Fasc. 3.*

Das Resultat systematischer Untersuchungen über die Motilität des Pharynx bei 100 normalen Individuen ist folgendes:

Reizt man den Pharynx, um den Reflex hervorzurufen, so kann man unter besonderen Modalitäten auch bei manchen normalen Individuen eine seitliche Bewegung der hinteren Rachenwand beobachten, ähnlich jener, die man konstant bei einseitiger Lähmung des M. constrictor superior findet. Bei denselben Individuen und unter den gleichen Modalitäten beobachtet man auch bisweilen eine Differenz zwischen der Kontraktion der M. pharyngopalatini der beiden Seiten, d. h. ein Ueberwiegen auf der Seite, die der Reizung entgegengesetzt ist. In einem Prozentsatz der normalen Fälle zeigt die hintere Rachenwand bei der Inspektion keine eigentliche Bewegung während der Phonation der Vokale, in fast ebenso vielen Fällen sieht man dagegen eine geringe Verschiebung von unten nach oben auftreten. Der Gaumensegelreflex, im engeren Sinne verstanden, ist nur in wenig mehr als der Hälfte der normalen Fälle vorhanden. CALAMIDA.

35) **A. R. Rich. Die Innervation des Tensor und Levator veli palatini. (The innervation of the tensor veli palatini and levator veli palatini muscles.)** *Johns Hopkins Hospital Bulletin. September 1920.*

Die Muskeln mit Nerven wurden am lebenden Tiere freigelegt und die verschiedenen Hirnnerven im Schädel gereizt und die Muskeln dabei beobachtet. Es wurde festgestellt:

1. Der V. Hirnnerv ist der einzige, der motorische Fasern zu dem Tensor veli schickt. Dass es den meisten klinischen Beobachtern nicht gelingt, in Fällen von Erkrankung des V. Nerven eine Gaumensegellähmung zu entdecken, kommt daher, dass gewöhnlich die Wirkung des Tensor veli nicht eine derartige ist, dass sie mittels oraler Inspektion wahrgenommen werden kann.

2. Nach der Methode der intrakraniellen Reizung kombiniert mit experimenteller Lähmung des Muskels, die durch Nervendurchschneidung bewirkt wird, zeigt sich, dass die motorische Innervation des Levator veli erfolgt durch die sog. bulbäre Portion des XI. Hirnnerven oder vielmehr in den unteren Wurzeln des X. Nerven, da ja nachgewiesen ist, dass die bulbäre Portion des XI. Nerven eigentlich ein integrierender Teil des Vagus ist. FINDER.

36) O. Waltan. **Ueber Herpes des Rachens. (A proposito dell' herpes zona della faringe.)** *Arch. Ital. di Otol. Vol. XXXII. H. 3.*

Verf. berichtet über 2 Fälle. Er möchte am liebsten die Bezeichnung Herpes pharyngis ganz fallen gelassen sehen und eher von Pharyngitis vesicularis oder phlyctaenulosa sprechen. Er glaubt, dass man von Herpes auch nicht in jenen Fällen sprechen dürfe, in denen die Bläschen nur auf einer Seite lokalisiert sind und längs der Nervenästchen angeordnet scheinen, noch weniger wenn es sich um eine diffuse Entzündung des Pharynx mit mehr oder weniger zahlreichen hier und da auf der Schleimhaut zerstreuten Bläschen handelt. Für ihn ist das Auftreten der Phlyktänen immer eine sekundäre Erscheinung nach trophischen Störungen der Schleimhaut, die aber hervorgegangen sind entweder durch allgemeine Ursachen, wie bei Syphilitikern, Arthritikern, Urämischen oder durch lokale Ursachen, wie bei manchen alten Rauchern, Magenleidenden usw. Ein gewisser Einfluss des Nervensystems ist nicht zu leugnen, da unbestreitbar diese Veränderungen besonders bei neuropathischen Individuen zur Beobachtung kommen und es ist auch eine gewisse trophoneurotische Wirkung nicht auszuschliessen, jedoch kommt es ohne die besonderen oben besprochenen Veränderungen der Schleimhaut nie zur Bläschenbildung.

CALAMIDA.

37) A. Logan Turner. **Zwei Fälle von traumatischer Adhäsion des weichen Gaumens an die hintere Rachenwand nach Entfernung von Tonsillen und Adenoiden; Wiederherstellung der Nasenatmung durch Operation. (Two cases of traumatic adhesion of the soft palate to the posterior pharyngeal wall following removal of tonsils and adenoids; re-establishement of nasal respiration by operation.)** *The Journ. of Laryng. and Otol. Mai 1921.*

Die hier mit Erfolg angewandte Operationsmethode ist von Robert Tilley in seinem Lehrbuch empfohlen. In Allgemeinnarkose werden die Verwachsungen mit einer spitzen über die Fläche gebogenen Schere durchtrennt; man führt dann den Zeigefinger hinter dem Gaumen ein, um sich zu vergewissern, dass die Trennung eine vollständige ist. Sodann wird in eine Nadel zur Gaumennaht mit anteroposteriorer Krümmung ein Seidenfaden eingefädelt und von vorn nach hinten durch die ganze Dicke der rechten Hälfte des weichen Gaumens dicht an seiner Anheftung am harten Gaumen durchgeführt. Der Seidenfaden wird in die Mundhöhle gezogen und an ihm ein dünner biegsamer Silberdraht befestigt, der nun von hinten nach vorn durch den weichen Gaumen durchgezogen und dann von dem Seidenfaden abgetrennt wird. Die beiden Enden des Drahtes, von denen das obere dicht am harten Gaumen liegt, das andere sich um den freien Rand des Gaumensegels herumkrümmt, werden dann vorsichtig nach vorn gezogen, so dass die eine Hälfte des Gaumensegels von der hinteren Rachenwand entfernt wird; die beiden Drahtenden werden am oberen seitlichen Schneidezahn derselben Seite verankert. Dieselbe Prozedur wird dann auf der linken Seite vorgenommen. Häufige Mundspülungen. Am 5. Tage werden die Nähte entfernt. Während 10 Tage nach der Operation muss der Zeigefinger in den Nasenrachen eingeführt und das Gaumensegel mit Gewalt nach vorn gezogen werden.

FINDER.

38) **W. M. Mollison. Die Tonsillen als Infektionsherd bei chronischer Arthritis. (The tonsil as a focus of infection in chronic arthritis.)** *The Journ. of Laryng. and Otol. April 1921.*

Verf. gibt einen Ueberblick über die bisherigen Arbeiten über den Gegenstand, als deren Ergebnis er zusammenfasst:

Die Tonsille stellt in einem grossen Prozentsatz der Fälle sicher den Herd dar für Fibrositis, Myositis und Arthritis; die Ziffer ist wesentlich höher bei jungen als bei alten Leuten. Je früher die Tonsille entfernt wird, desto besser ist das Resultat, obwohl auch vorgeschrittene Fälle noch davon Nutzen haben. Die Schmerzen können beseitigt werden, wenn auch die Deformität bestehen bleibt, in manchen Fällen geht auch diese zurück. Die Tonsille muss vollkommen enukleiert werden; bleibt auch nur der kleinste Rest zurück, so kann die Infektion weiter bestehen. Wenn eine Deformität vorhanden ist, so muss auf die Entfernung der Tonsillen eine orthopädische Behandlung folgen. Nach der Entfernung der Tonsille sollten Kulturen von ihr gemacht und eine Autovakzine bereitet werden, obwohl deren Anwendung nicht nötig zu sein braucht. Fälle, die bei der Röntgenuntersuchung Veränderungen aufweisen, sind für die Behandlung am wenigsten günstig.

FINDER.

39) **Herbert Tilley. Die Rolle der Tonsillen in gewissen Fällen von Diphtheriebazillenträgern. (The rôle of the tonsils in certain cases of diphteria „carriers".)** *The Journ. of Laryng. and Otol. Mai 1921.*

Verf. teilt 3 Fälle mit, in denen sich alle angewandten Mittel — Vakzine und lokale Massnahmen — als vergeblich erwiesen und in denen nach Enukleation der Tonsillen die Bazillen in 3 Tagen verschwunden waren. Verf. verwahrt sich jedoch dagegen, dass dies eine für alle Fälle zu empfehlende Methode sein soll.

FINDER.

40) **Souchet. Verbindung von Tonsillarschanker und Angina Vincenti.** *Rev. de Laryng., d'Otol. et de Rhinol. 31. März 1921.*

Verf. weist auf die Schwierigkeiten der Diagnose hin, die entstehen können, wenn Tonsillarschanker und Angina Vincenti gleichzeitig vorhanden sind. Er führt einen Fall an, in dem die klinischen und bakteriologischen Erscheinungen diejenigen der Vincentschen Angina waren und man auf den Verdacht der Syphilis erst kam, als ein Ausschlag im Gesicht und am Skrotum auftrat. Eine erneute Untersuchung zeigte nun das Vorhandensein der Spirochaeta pallida gleichzeitig mit der für Angina Vincenti charakteristischen fusobazillären Symbiose und einen positiven Wassermann. S. weist auf die Gefahren einer übereilten und unvollständigen bakteriologischen Untersuchung in Fällen von hartnäckiger ulzero-membranöser Tonsillitis hin und rät, sich in zweifelhaften Fällen nicht mit der bakteriologischen Untersuchung des von der Ulzeration abgeschabten oberflächlichen Belages zu begnügen, sondern die seröse Abscheidung zu untersuchen, in der man eventuell die Spirochaeta pallida finden kann.

FINDER.

41) **J. Netusil. Angina Vincenti.** *Casop. Lek. Ceskych. No. 24. 1921.*

Zeigt an der Hand der Statistik der Klinik Kutvirt (Prag) die Zunahme der Erkrankung in letzter Zeit. Eine Salvarsaninjektion hält N. nicht für gerecht-

fertigt. Empfiehlt Chlorkali innerlich. 10proz. Formalin mit 5proz. Ac. salicyl. als Gurgelwasser. Lokal 20proz. Salizyllösung in Glyzerin. Blutungen sah N. zweimal. Maximaldauer 41 Tage, minimal 3 Tage.

R. IMHOFER.

42) **Schwerin** (Berlin). **Zur Therapie der Angina Plaut-Vincenti.** *Med. Klinik. No. 15. 1921.*

Auch von Schwerin wurde seit dem Kriege die Angina Plaut-Vincenti viel öfter als früher beobachtet. Die Behandlung geschieht mit sehr energischer Einpinselung von Jodtinktur, 2 Tage hintereinander, dann etwa 8 Tage lang mit Pinselungen mit 10proz. Chromsäurelösung und daneben Gurgelungen mit Wasserstoffsuperoxyd.

SEIFERT.

43) **Henrici** (Aachen). **Ein Beitrag zur Behandlung der Mandelabszesse.** *Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 33. H. 3.*

Die sicherste Methode, um bereits frühzeitig Mandelabszesse zu entleeren, ist die Killiansche Methode der Eröffnung der Mandelabszesse, bei der man mit einer umgebogenen Sonde oder mit einem Tonsillarschlitzer, bei vorn oben liegendem Abszess zwischen Mandel und vorderem Gaumenbogen, bei hinten unten liegendem durch die Mandel eingeht. H. anästhesiert mit einer 2proz. Novokain-Adrenalinlösung oberflächlich unter der Schleimhaut des Gaumenbogens. Ferner rät er, um Retentionen zu vermeiden, Abtragen von Mandelgewebe mit einem Konchotom zur Vergrösserung der Oeffnung.

BRADT.

44) **T. L. Deaver** (Syracuse, N. Y.). **Rationelle Tonsillektomie. (Rational tonsillectomy.)** *Internat. Journ. of Surgery. Januar 1921.*

Unter rationell versteht D. eine einfache Operation, die aber unter allen Kautelen im Hospital vorzunehmen ist. Es müssen stets beide Tonsillen entfernt werden, da häufig die grössere von beiden die weniger affizierte und das „toxische Element" in der kleineren zu finden ist. Er operiert nur unter allgemeiner Anästhesie. Ob man die Mandeln nach Sluder operiert oder enukleiert, ist gleichgültig, so lange man nur die ganze Mandel nebst Kapsel entfernt, ohne die benachbarten Gewebe zu verletzen.

Schwere Blutungen sind nicht zu befürchten, da Tod an Verblutung nach einer Tonsillektomie etwas Unerhörtes ist. (Leider stimmt die letztere Behauptung nicht. Ref.) Die Endresultate zeigen gewöhnlich mehr oder minder grosse Narben. Eine Wiederkehr von Tonsillargewebe ist zuweilen kompensatorischer Art, da eine gewisse Quantität desselben für den Haushalt nötig zu sein scheint.

FREUDENTHAL.

45) **Sidney Israel. Ein neues Instrument, um in Verbindung mit einem Saugapparat ein trocknes Operationsfeld bei Tonsillektomie in allgemeiner Narkose zu erlangen und um postoperative Pneumonie zu verhindern. (A new instrument for attachment to suction apparatus to maintain a dry field in tonsillectomy under general anaesthesia and to lessen occurrence of postoperative pneumonia.)** *The Laryngoscope. Februar 1917.*

Der gegabelte Teil eines Y-förmigen Metallrohrs wird an der Fläche des Y so gebogen, dass der Stiel der Gabel dem Nasenrücken anliegt, wenn die beiden

Enden der Gabel in die Nasenlöcher eingeführt werden. Zwei Gummiröhren, von dem Kaliber einer Nr. 19 F. Bougie, werden etwas über die Gabelenden gezogen und ihr freier Teil wird dann dem unteren Nasengang entlang geschoben, bis die Enden der Gummiröhren einen halben Zoll unterhalb der Uvula zu liegen kommen. Der Stiel des gegabelten Rohrs wird dann mit der Saugpumpe verbunden. Das Operationsfeld wird dann durch die Saugpumpe vollständig trocken gehalten.

O. T. FREER.

46) **T. B. Layton. Tod nach Tonsillektomie. (Death after tonsillectomy.)** *The Journ. of Laryng. and Otol. April 1921.*

32jähriger Mann, Tonsillektomie in Allgemeinnarkose $2^1/_2$ Stunden, nachdem Novokain und Adrenalin submukös injiziert war; da etwas Blutung, Naht der Gaumenbögen. Da die Blutung anhielt und Pat. Kollapserscheinungen zeigte, wurden nach etwa 4 Stunden die Nähte in Narkose entfernt, die Wundhöhle tamponiert und zum Schluss mit Terpentin ausgepinselt. Blutung begann jedoch wieder; es wurde eine Watson-Williamssche Klammer an die linke Fossa tonsillaris, aus der die Blutung kam, angelegt, worauf diese völlig stand. Pat. ging aber etwa 24 Stunden nach der Operation unter den Erscheinungen der akuten Anämie zugrunde.

Verf. meint, an dem unglücklichen Ausgang könne vielleicht zum Teil Schuld gehabt haben, dass die Operation $2^1/_2$ Stunden nach Injektion von Suprarenin vorgenommen wurde — die Operation hatte aus äusseren Gründen verschoben werden müssen — und dass der Eingriff so in eine Zeit fiel, wo bereits die Gefässkonstriktion vorüber war und eine Gefässerschlaffung eingetreten war. Es erwies sich aber, dass die verlorene Blutmenge bei weitem nicht so gross gewesen war, dass dadurch der Exitus zu erklären gewesen wäre. Der gerichtliche Obduzent hatte auch festgestellt, dass die Eingeweide nicht blass waren und hatte den Tod nicht auf Hämorrhagie, sondern auf Embolie zurückgeführt; dass in diesem Fall ein verhältnismässig nicht sehr bedeutender Blutverlust zu Embolie geführt hat, sucht Verf. dadurch zu erklären, dass bei dem Pat. eine Aortenstenose vorgefunden wurde. Ein blutendes Gefäss hatte sich in diesem Fall nicht finden lassen, das Blut sickerte vielmehr diffus aus der Wundhöhle. Das Nähen der Gaumenbögen hatte in diesem Falle versagt.

FINDER.

47) **Charles W. Richardson. Akuter Abszess der lateralen Wand des Laryngopharynx. (Acute abscess of the lateral wall of the laryngopharynx.)** *Annals of Otol., Rhinol. and Laryng. Dezember 1920.*

Die Symptome der Erkrankung setzen plötzlich ein; der Rachen scheint normal, Herunterdrücken der Zunge ist schmerzhaft. Mit dem Kehlkopfspiegel sieht man eine deutliche Schwellung im Hypopharynx. Am zweiten oder dritten Tage sieht man deutliche Eiterpunkte; es erfolgt spontane Ruptur oder es muss der Eiter durch Inzision entleert werden.

FINDER.

48) **De Moreaux. Ueber zwei Fälle von Rachenabszess bei Mastoiditis. (A propos de deux cases de drainage pharyngien de suppurations mastoidiennes.)** *Revue de Laryng. et de Rhinol. 31. Dezember 1920.*

Im ersten Fall war der Abszess hinter dem hinteren Gaumenbogen auf der

der Mittelohreiterung entsprechenden Seite, im zweiten Fall war die an der seitlichen Pharynxwand tief unten gelegene eiternde Stelle mittels Hypopharyngoskopie sichtbar. Verf. nimmt an, dass in diesen Fällen der Eiter seinen Weg durch eine Erosion oder eine Dehiszenz im Tegmen tympani nimmt. FINDER.

d I) Kehlkopf und Luftröhre.

49) Vandelli Giangiacomo. **Untersuchungen über die Sensibilität des Kehlkopfes in Beziehung auch zum N. recurrens. (Ricerche sulla sensibilità laringea in rapporto anche al nervo ricorrente.)** *Arch. Ital. di Otol., Rinol. e Laring. Vol. XXXII. H. 2. 1921.*

Aus wenigen Tierversuchen an Kaninchen und Hunden kommt Verf. zu dem Ergebnis, dass der N. recurrens keine sensiblen Fasern führt. CALAMIDA.

50) Gignoux. **Kombinierte Kehlkopflähmung. (Paralysie laryngée associée.)** *Société nationale de Méd. 21. Mai 1921.*

50 jähriger Mann, bei dem im Verlauf einer Mittelohreiterung eine Fazialislähmung von peripherem Typus auftrat; diese besserte sich schnell gleichzeitig mit der Otitis. Bald aber trat eine kombinierte Lähmung des IX., X. und XI. Hirnnerven auf, eine Kombination, die von Vernet als „Syndrom des Foramen lacerum posterius" beschrieben ist. Die Aetiologie dieser Lähmung, die noch besteht, ist in Dunkel gehüllt. FINDER.

51) A. G. Tapia. **Ein seltener Fall von Eversion der Schleimhaut des Ventriculus Morgagni. (Un caso raro de eversion de la mucosa del ventriculo de Morgagni.)** *Revista Espanola de Laring., Otol. y Rinol. No. 6. November-Dezember 1920.*

Verf. teilt einen Fall von Prolaps oder Eversion der Ventrikelschleimhaut im wörtlichen Sinne mit, deren Vorkommen von den meisten Autoren ja geleugnet wird. Bei einem Schauspieler, der ihn wegen Heiserkeit konsultierte, fand P. einen Polyp im vorderen Drittel der rechten Stimmlippe. Seine Entfernung gestaltete sich deswegen schwierig, weil er von der prolabierten Ventrikelschleimhaut verdeckt war; der Prolaps stellte sich dar als eine weiche, rote, leicht mit der Sonde reponible Geschwulst, die aus deren Ventrikel herauskam, über der Stimmlippe flottierte und über sie wie eine Decke herabhing. Zwei Tage nach Entfernung des Polypen zeigte sich, dass die prolabierte Ventrikelschleimhaut ödematös war, einen wirklichen roten Tumor bildete; Verf. nimmt an, dass sie sich in dem Spalt des Ventrikels inkarzeriert hatte und so infolge Behinderung des Blutrücklaufes eine Grösse erlangt hatte, infolge deren es zu Behinderung der Atmung und erheblicher Störung der Phonation kam. Als Verf. den Patienten anästhesierte, um die ödematöse Masse aufheben zu können, trat ein so heftiger Spasmus mit Zyanose auf, dass schon an die Notwendigkeit der Tracheotomie gedacht werden musste. Als nach Ablauf des Spasmus Verf. wieder laryngoskopierte, sah er zu seiner freudigen Ueberraschung, dass während des Anfalles eine spontane Reposition des Prolapses erfolgt war. Nach 3 Tagen bot die rechte Stimmlippe ein völlig normales Aussehen und die Phonation war wiederhergestellt. FINDER.

52) **W. Hansberg** (Dortmund). **Laryngofissur infolge von Laryngitis hypoglottica catarrhalis bei Erwachsenen.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 33. H. 3.*

Im Anschluss an einen von ihm selbst beobachteten Fall bespricht H. die in der Literatur beschriebenen ähnlichen Fälle. Es wurden bisher nur 2 Fälle von Laryngofissur infolge katarrhalischer hypoglottischer Laryngitis bei Erwachsenen beschrieben. Die beiden von H. beschriebenen Fälle zeigen mit Bestimmtheit, dass es sich um alte subglottische Veränderungen aus der Kindheit handelt. Verf. rät nach eigener Erfahrung nach voraufgegangener Tracheotomie mittels Laryngofissur die alten subglottischen Wülste zu entfernen, da man nur dadurch Rezidiven vorbeugen kann.

BRADT.

53) **Friedel Pick** (Prag). **Larynxpapillom und Tuberkulose.** *Arch. f. Rhinol. u. Laryng. Bd. 33. H. 3.*

Pick beschreibt einen Fall von jahrelang rezidivierenden Papillomen des Kehlkopfes, bei welchen erst nach 5 Jahren Tuberkulose hervortrat. Betrachtet man nun die Tuberkulose als einen langgezogenen Prozess mit wechselvollem Spiel von exogenen und endogenen Neuinfektionen oder lokalen Propagationen, die teils zur Ausheilung gelangen, teils unter geringerer Reaktion der Umgebung still liegen, bis dann äussere Reize oder Herabsetzungen der Immunität ein Aufflackern hervorrufen, so betrachtet Verf. den vorliegenden Fall nicht als zufällige Kombination von Papillom und Tuberkulose, sondern als Tiefentuberkulose der Larynxschleimhaut, die jahrelang schlummernd oder partiell abgeheilt, den Reiz zur Papillombildung immer wieder abgab. Aehnliche Fälle beschrieben Brieger, Steiner u. andere. Verf. macht auch darauf aufmerksam, dass die schneeweisse Farbe keineswegs regelmässig für die Diagnose Karzinom verwertet werden kann.

BRADT.

54) **Link** (Königsberg). **Zwei Halsschüsse mit Kehlkopfverletzung.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 80. S. 275.*

Beide Verletzungen kamen ganz frisch zur Beobachtung und zeigen, wie wichtig eine sehr frühzeitige spezialistische Versorgung ist.

1. Minensplittersteckschuss. Das Geschoss wurde in Lokalanästhesie entfernt.
2. Granatsplitterdurchschuss. Im Schusskanal hatte sich ein paralaryngeales vereitertes Hämatom und ein Aneurysma der Art. laryngea sup. entwickelt, welches operative Eröffnung und Unterbindung des Gefässes nötig machte.

KOTZ.

55) **E. Kehrer** (Dresden). **Beiträge über die Beeinflussung der Lungen- und Kehlkopftuberkulose durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.** *Erstattet f. d. Deutschen Tuberkulosekongress Bad Elster, Pfingsten 1921.*

Aus den für jeden Arzt wichtigen und interessanten Leitsätzen sei uns folgendes für den Laryngologen speziell Interessantes hervorgehoben:

Kehlkopftuberkulose, die sich mit Lungentuberkulose im I. und II. Turbanschen Stadium vereint findet, behandelt Verf. in der ersten Hälfte der Schwangerschaft so, wie er überhaupt an der von ihm geleiteteten Dresdener Frauenklinik bei Lungentuberkulose im II. Stadium verfährt, d. h. er macht die abdominale

Totalexstirpation von Uterus gravidus, Ovarien und Tuben und zwar nicht anders als in Sakralanästhesie oder mit einer dieser gleichwertigen Anästhesierungsmethode.

Bei Lungentuberkulose und gleichzeitiger Kehlkopftuberkulose in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ist die vorzeitige Schwangerschaftsunterbrechung zwecklos, denn hier erfolgt — gleichzeitig welche Massnahme getroffen wird — in über 90 pCt. der Fälle der Tod im Wochenbett.

Ueber die Beurteilung der sehr seltenen primären Kehlkopftuberkulose sind die Ansichten noch geteilt. Eine primäre Kehlkopftuberkulose am Ende der Schwangerschaft scheint nach laryngologischem Urteil und nach einem Fall der Berner Universitäts-Frauenklinik (E. Kehrer) quoad vitam prognostisch günstiger als eine solche, die in den ersten Schwangerschaftsmonaten auftritt, vermutlich deshalb, weil Schädigungen durch die Schwangerschaft ausbleiben. Man wird hier wie dort die Schwangerschaftsunterbrechung diskutieren und ihr vermutlich den Vorzug geben dürfen.

FINDER.

56) **K. Greif. Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege, besonders des Kehlkopfes mit Vakzine des Bac. vom Kaltblütlertypus.** *Casopis Lekaruv Ceskych. No. 23. 1921.*

Im ganzen 53 Fälle, davon 39 ausgesprochene Tuberkulose, der Rest suspekte Laryngitiden. Injiziert wurde hauptsächlich das Präparat Honl, aber auch Friedmannsche, Baumsche, Piorkowskische Vakzine.

Teils wurde eine einmalige grössere Dosis injiziert, teils mit kleineren gesteigerten Dosen von 0,1 ccm beginnend vorgegangen. Das letztere Verfahren zeigte eher eine Reaktion als der erstere Modus (Hyperämie und Belag).

Resultate: Heilung 0, Besserung 9, Besserung, dann Verschlimmerung 5, Verschlimmerung 15, gleichbleibend 10.

G. kommt zu dem Schlusse, dass die Vakzinebehandlung der bisherigen lokalen nicht überlegen ist und nur dann indiziert erscheint, wenn die lokale Behandlung nicht durchführbar ist.

IMHOFER.

57) **Rh. Blegvad. Die Behandlung der Larynxtuberkulose.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 33. H. 3.*

B. empfiehlt zur Behandlung der Larynxtuberkulose Verwendung von Kohlenbogenlichtbädern — von $^1/_4$ Stunde steigend bis zu 1 Stunde —, welche wirksamer als Quarzlichtbehandlung sind; dazu die üblichen lokalen Behandlungsmethoden, wie Tiefenstich, Amputation der Epiglottis, Kokainisierung vor dem Essen und Schweigekur.

BRADT.

58) **Franke** (Braunschweig). **Zur Behandlung der Kehlkopftuberkulose.** *Med. Klinik. No. 20. S. 608. 1921.*

Besprechung der bisher üblichen allgemeinen und örtlichen Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Durchschneidung des N. laryngeus superior, die bei beiderseitiger Vornahme einen vollen Erfolg für die Beseitigung der Dysphagie verspricht.

SEIFERT.

59) **J. Wätjen** (Freiburg i. B.). **Zur Pathologie der trachealen Schleimdrüsen.** Aus dem pathol. Institut Freiburg. *Beitr. z. pathol. Anat. Bd. 68. S. 58. 1921.*

Zusammenfassender Ueberblick über die Pathologie dieses Gebiets und eigene Beobachtungen bei Fällen von Grippe, Kampfgasvergiftung durch Gelbkreuz, Diphtherie, Verätzungen durch Säuren, Alkalien und Sublimat. Experimentelle Vergiftungen an Katzen durch Gelbkreuz. Verf. kommt zu einer Reihe von Schlüssen, von denen ich die wichtigsten zitiere:

Die an der Luftröhrenschleimhaut bei Grippe gefundenen Schleimdrüsenveränderungen sind für diese Krankheit nicht spezifisch. In Fällen von Vergiftung durch Gelbkreuzgas, echter Diphtherie und Pocken können die trachealen Schleimdrüsen der Sitz ganz gleicher Veränderungen sein.

Die Schleimdrüsenalterationen bestehen einmal in Störungen der Funktion, die sich in Hypersekretion, Erschöpfung, Schleimeindickung und -stagnation, ferner im Auftreten eines veränderten Schleims innerhalb der Drüsenepithelien kennzeichnen, dann in Zerfallerscheinungen am Drüsenepithel, die zur Epitheldesquamation und Nekrose führen. Desquamativkatarrh und Epithelnekrose treten herdförmig auf. Die Störungen der Schleimproduktion ermöglichen sekundäre Bakterieninvasionen von der Schleimhautoberfläche in die Drüsen. Hierdurch können Wandabszesse der Trachea entstehen.

Das in der Submukosa der Luftröhrenschleimhaut verlaufende Lymphgefässnetz wird, durch Kommunikation mit Lymphbahnen des Bronchialbaumes, der serösen Häute im Bereiche der Brusthöhle, für eine Weiterverbreitung der Mikroorganismen in Betracht kommen, was eitrige Entzündung an Lungen, Mediastinum, Pleura und Perikard wieder zur Folge haben kann.

Die Drüsenveränderungen bei Grippe, Diphtherie, Pocken und Gelbkreuz sind nicht primär bakteriell bedingt, sondern toxischer Natur. Trotz ähnlichen makroskopischen Aussehens zeigt die histologische Untersuchung von Fällen von Verätzung der Schleimhäute der Luftwege durch konzentrierte Mineralsäuren, kaustische Alkalien und Sublimat an den Schleimdrüsen nicht die für Grippe, Diphtherie, Pocken und Gelbkreuz so charakteristischen Veränderungen.

Veränderungen an den Schleimdrüsen, die zu Störungen der Schleimsekretion führen, berauben die Schleimhautoberfläche ihres schützenden Schleimüberzugs. Die dadurch hervorgerufene Austrocknung der Schleimhaut in Verbindung mit Vernichtung des Flimmerepithels wird die Luftröhre zum geeigneten Boden für Bakterienansiedlungen machen und Ueberschwemmung der Lungen mit Bakterien in hohem Masse begünstigen.

Hierdurch werden die bei Grippe und Gelbkreuzvergiftungen so frühzeitig in Erscheinung tretenden Abszedierungen der Lunge verständlich. Sistierung der Schleimproduktion von Seiten veränderter Drüsen bei der Diphtherie wird im Bereich der Luftröhre ein Festhaften der Pseudomembranen und eine Ansiedlung sekundärer Kokken begünstigen.

Vorkommen und Fehlen von Schleimdrüsenveränderungen können bei Luftröhrenentzündungen fraglicher Aetiologie dem Gerichtsarzt differentialdiagnostisch von Wert sein.

Beigabe von 3 Tafeln mit 11 Abbildungen. DREYFUSS.

Bei einem von ihm beschriebenen Fall handelte es sich um eine spastische Dysphonie, die nach Regelung des Atmungsmodus durch das Kugelverfahren prompt geheilt wurde.

M. empfiehlt weitgehendste Anwendung seiner Methode, da sie sicher nie Schaden, häufig aber einen unerwarteten Erfolg bringen kann. KOTZ.

66) **Brünings** (Greifswald). **Eine neue Behandlungsmethode der Phonasthenie.** *Med. Klinik. No. 21. S. 640. 1921.*

Bei Phonasthenie nimmt Brünings eine einseitige Paraffininjektion vor, derart, dass die betreffende Stimmlippe in Phonationsstellung einen konvexen Rand aufweist, so dass der Glottisschluss zwar nicht geradlinig, aber doch vollständig wird. SEIFERT.

67) **E. W. Scripture. Sprachaufnahmen bei multipler Sklerose. (Records of speech in disseminated sclerosis.)** *Brain. Vol. 39. S. 455. 1916.*

S. zeigt an Sprachaufnahmen bei multipler Sklerose die laryngeale Ataxie bei dieser Erkrankung, ferner den Intentionstremor, die Atmungsataxie, das Stakkatosprechen usw. in Einzelheiten bei verschiedenen Prüfungsworten. Er erklärt die verschiedenen Abweichungen in den Stimmvibrationen, der Atmung und Lautbildung, sowie den Akzenten als Folge einer Ataxie, Anataxie, Hypertonie und Anatonie beim Sprechen. Auf einer Tabelle zeigt er die Unterschiede der Sprachstörungen bei multipler Sklerose, Neurasthenie und zerebraler Lähmung. Er betont die Wichtigkeit der laryngealen Ataxie mit ihren unregelmässigen charakteristischen Vibrationen bei Sprachaufnahmen. NADOLECZNY.

68) **E. W. Scripture. Sprachaufnahmen bei Paralyse. (Records of speech in general paralysis.)** *Quarterly Journ. of Med. Vol. 10. Nr. 37/38. 1916/17.*

S. hat Untersuchungen an 20 Fällen gemacht mit einem einfachen dem Phonautographen ähnlichen Apparat. Auch wo keine offenkundigen Sprachstörungen bemerkbar waren, konnte er feststellen, dass bei der Registrierung bestimmter Testworte Abweichungen in der Stärke und Dauer von einzelnen Explosivlauten auftreten und zwar so, dass z. B. dasselbe p bald mit einem langen, bald mit einem kurzen Verschluss gebildet wird und bald mit starker, bald mit schwacher Explosion unabhängig von der Verschlussdauer. Diesen Mangel an Präzision in der Lautbildung bezeichnet S. als „Asaphia", ein Wort, das er der „kortikalen Ataxie" vorzieht. „Asaphia" kommt bei Manie, Melancholie, Neurasthenie, Psychasthenie nicht vor, ist also differentialdiagnostisch wertvoll, dagegen bei arteriosklerotischen und syphilitischen Gehirnerkrankungen.

Im Anschluss hieran schlägt S. eine neue Terminologie vor: Asaphia: unpräzise Sprechbewegungen, Ataxie unregelmässige Bewegungen. Apraxie (der Sprache) liefert verkehrte Bewegungen bzw. solche, die der sprachlichen Absicht nicht entsprechen, an sich aber korrekt sein können. In Anlehnung an Liepmann unterscheidet er dann eine motorische, leitungs- und ideatorische Sprachapraxie. NADOLECZNY.

69) E. W. Scripture. **Sprachaufnahmen bei zerebraler Diplegie nebst Bemerkungen über eine neue Behandlungsart. (Inscriptions of speech in cerebral diplegia with indications of a new method of treatment.)** *Proceedings of the Royal Society of Med. Vol. 10. S. 36—48. 1917.*

Mit seinem Sprachaufnahmeapparat has S. bestimmte Worte bei den Kranken registriert und die Tonhöhe sowie die Dauer der Laute, die Sprechmelodie berechnet. Eine Tabelle zeigt die Abweichungen in der Schnelligkeit und Lautheit der Sprache im Rhythmus (Dauer, Stärke und Tonhöhe), in Atmung, Stimmklang, Lautbildung, Lautverbindung bei zerebraler Diplegie, Stottern, Chorea, multipler Sklerose. Die Sprachbehandlung muss von der Sprachpathologie ausgehen und die willkürlichen Sprechimpulse so modifizieren, dass die Sprache gleichmässig wird. S. empfiehlt von singendem Sprechen auszugehen. NADOLECZNY.

70) E. W. Scripture. **Differentialdiagnose bei Nervenkrankheiten mittels Sprachaufnahmen. (Differential diagnosis of nervous diseases by speech inscriptions.)** *Vox. H. 1. S. 16. 1921.*

Die Arbeit enthält eine Zusammenfassung der vom Verf. 1916—1917 erschienenen oben besprochenen Arbeiten, nebst Abbildung des Apparats und der Kurven. NADOLECZNY.

71) E. W. Scripture. **Die Stimme bei Epilepsie. (The epileptic voice.)** *Vox. H. 3. S. 70. 1921.*

Sprachaufnahmen mit einer einfachen Mareyschen Kapsel wurden benutzt, um Sprachmelodiekurven von Epileptikern zu berechnen und mit solchen normaler Versuchspersonen zu vergleichen. Obgleich die Tonhöhe beim Epileptiker steigen oder fallen kann, die Sprache also nicht monoton ist, so ermangelt die Sprachmelodie doch der feineren Tonbewegung. Die Kurven zeigen nicht die kleinen Wellen, welche in Kurven Normalsprechender regelmässig auftreten. S. spricht von mangelnder Biegsamkeit (flexibility) der Sprachmelodiekurve beim Epileptiker. NADOLECZNY.

e) Oesophagus.

72) R. Bensaude und G. Guénaux. **Beitrag zum Studium der diffusen, sog. idiopathischen Dilatation des Oesophagus. (Contribution à l'étude de la dilatation diffuse et généralisée [dite idiopathique] de l'oesophage.)** *Revue de Méd. Februar 1921.*

Die Arbeit beruht auf 17 eigenen Beobachtungen; die meisten Patienten wurden gleichzeitig mit Röntgenstrahlen und mit Oesophagoskopie untersucht, einige wurden operiert, bei 2 wurde die Autopsie gemacht.

Meist werden die Symptome bei dieser Erkrankung auf ein organisches Hindernis, Ulkus oder Karzinom zurückgeführt oder als nervöses Erbrechen erklärt. Verff. führen einen Fall an, betreffend eine Gravide, in dem die Diagnose auf unstillbares Erbrechen gestellt und der künstliche Abort eingeleitet wurde. Solche Irrtümer lassen sich durch die Röntgenuntersuchung vermeiden.

Bei einem von ihm beschriebenen Fall handelte es sich um eine spastische Dysphonie, die nach Regelung des Atmungsmodus durch das Kugelverfahren prompt geheilt wurde.

M. empfiehlt weitgehendste Anwendung seiner Methode, da sie sicher nie Schaden, häufig aber einen unerwarteten Erfolg bringen kann. KOTZ.

66) **Brünings** (Greifswald). **Eine neue Behandlungsmethode der Phonasthenie.** *Med. Klinik. No. 21. S. 640. 1921.*

Bei Phonasthenie nimmt Brünings eine einseitige Paraffininjektion vor, derart, dass die betreffende Stimmlippe in Phonationsstellung einen konvexen Rand aufweist, so dass der Glottisschluss zwar nicht geradlinig, aber doch vollständig wird. SEIFERT.

67) **E. W. Scripture. Sprachaufnahmen bei multipler Sklerose. (Records of speech in disseminated sclerosis.)** *Brain. Vol. 39. S. 455. 1916.*

S. zeigt an Sprachaufnahmen bei multipler Sklerose die laryngeale Ataxie bei dieser Erkrankung, ferner den Intentionstremor, die Atmungsataxie, das Stakkatosprechen usw. in Einzelheiten bei verschiedenen Prüfungsworten. Er erklärt die verschiedenen Abweichungen in den Stimmvibrationen, der Atmung und Lautbildung, sowie den Akzenten als Folge einer Ataxie, Anataxie, Hypertonie und Anatonie beim Sprechen. Auf einer Tabelle zeigt er die Unterschiede der Sprachstörungen bei multipler Sklerose, Neurasthenie und zerebraler Lähmung. Er betont die Wichtigkeit der laryngealen Ataxie mit ihren unregelmässigen charakteristischen Vibrationen bei Sprachaufnahmen. NADOLECZNY.

68) **E. W. Scripture. Sprachaufnahmen bei Paralyse. (Records of speech in general paralysis.)** *Quarterly Journ. of Med. Vol. 10. Nr. 37/38. 1916/17.*

S. hat Untersuchungen an 20 Fällen gemacht mit einem einfachen dem Phonautographen ähnlichen Apparat. Auch wo keine offenkundigen Sprachstörungen bemerkbar waren, konnte er feststellen, dass bei der Registrierung bestimmter Testworte Abweichungen in der Stärke und Dauer von einzelnen Explosivlauten auftreten und zwar so, dass z. B. dasselbe p bald mit einem langen, bald mit einem kurzen Verschluss gebildet wird und bald mit starker, bald mit schwacher Explosion unabhängig von der Verschlussdauer. Diesen Mangel an Präzision in der Lautbildung bezeichnet S. als „Asaphia", ein Wort, das er der „kortikalen Ataxie" vorzieht. „Asaphia" kommt bei Manie, Melancholie, Neurasthenie, Psychasthenie nicht vor, ist also differentialdiagnostisch wertvoll, dagegen bei arteriosklerotischen und syphilitischen Gehirnerkrankungen.

Im Anschluss hieran schlägt S. eine neue Terminologie vor: Asaphia: unpräzise Sprechbewegungen, Ataxie unregelmässige Bewegungen. Apraxie (der Sprache) liefert verkehrte Bewegungen bzw. solche, die der sprachlichen Absicht nicht entsprechen, an sich aber korrekt sein können. In Anlehnung an Liepmann unterscheidet er dann eine motorische, leitungs- und ideatorische Sprachapraxie. NADOLECZNY.

69) **E. W. Scripture. Sprachaufnahmen bei zerebraler Diplegie nebst Bemerkungen über eine neue Behandlungsart. (Inscriptions of speech in cerebral diplegia with indications of a new method of treatment.)** *Proceedings of the Royal Society of Med. Vol. 10. S. 36—48. 1917.*

Mit seinem Sprachaufnahmeapparat has S. bestimmte Worte bei den Kranken registriert und die Tonhöhe sowie die Dauer der Laute, die Sprechmelodie berechnet. Eine Tabelle zeigt die Abweichungen in der Schnelligkeit und Lautheit der Sprache im Rhythmus (Dauer, Stärke und Tonhöhe), in Atmung, Stimmklang, Lautbildung, Lautverbindung bei zerebraler Diplegie, Stottern, Chorea, multipler Sklerose. Die Sprachbehandlung muss von der Sprachpathologie ausgehen und die willkürlichen Sprechimpulse so modifizieren, dass die Sprache gleichmässig wird. S. empfiehlt von singendem Sprechen auszugehen. NADOLECZNY.

70) **E. W. Scripture. Differentialdiagnose bei Nervenkrankheiten mittels Sprachaufnahmen. (Differential diagnosis of nervous diseases by speech inscriptions.)** *Vox. H. 1. S. 16. 1921.*

Die Arbeit enthält eine Zusammenfassung der vom Verf. 1916—1917 erschienenen oben besprochenen Arbeiten, nebst Abbildung des Apparats und der Kurven. NADOLECZNY.

71) **E. W. Scripture. Die Stimme bei Epilepsie. (The epileptic voice.)** *Vox. H. 3. S. 70. 1921.*

Sprachaufnahmen mit einer einfachen Mareyschen Kapsel wurden benutzt, um Sprachmelodiekurven von Epileptikern zu berechnen und mit solchen normaler Versuchspersonen zu vergleichen. Obgleich die Tonhöhe beim Epileptiker steigen oder fallen kann, die Sprache also nicht monoton ist, so ermangelt die Sprachmelodie doch der feineren Tonbewegung. Die Kurven zeigen nicht die kleinen Wellen, welche in Kurven Normalsprechender regelmässig auftreten. S. spricht von mangelnder Biegsamkeit (flexibility) der Sprachmelodiekurve beim Epileptiker. NADOLECZNY.

e) Oesophagus.

72) **R. Bensaude** und **G. Guénaux. Beitrag zum Studium der diffusen, sog. idiopathischen Dilatation des Oesophagus. (Contribution à l'étude de la dilatation diffuse et généralisée [dite idiopathique] de l'oesophage.)** *Revue de Méd. Februar 1921.*

Die Arbeit beruht auf 17 eigenen Beobachtungen; die meisten Patienten wurden gleichzeitig mit Röntgenstrahlen und mit Oesophagoskopie untersucht, einige wurden operiert, bei 2 wurde die Autopsie gemacht.

Meist werden die Symptome bei dieser Erkrankung auf ein organisches Hindernis, Ulkus oder Karzinom zurückgeführt oder als nervöses Erbrechen erklärt. Verff. führen einen Fall an, betreffend eine Gravide, in dem die Diagnose auf unstillbares Erbrechen gestellt und der künstliche Abort eingeleitet wurde. Solche Irrtümer lassen sich durch die Röntgenuntersuchung vermeiden.

Seltener kommt der entgegengesetzte Irrtum vor, dass nämlich eine einfache Dilatation angenommen wird, während es sich wirklich um eine solche organischen Ursprungs handelt. Sie führen Fälle an, wo weder Radioskopie noch Oesophagoskopie eine Neubildung an der Kardia ergaben und man an eine diffuse Dilatation glaubte; ferner berichten sie über den merkwürdigen Fall, wo ein kongenitaler intrathorazischer Magen von einem hervorragenden Radiologen als dilatierter Oesophagus angesehen wurde.

Was die Pathogenie der Affektion anbetrifft, so liegt ihr nach Ansicht der Verff. eine Störung im Nervensystem zugrunde. Sie glauben an einen Koordinationsdefekt in der Motilität der verschiedenen Segmente des Verdauungsrohres, verursacht durch mangelhaftes Funktionieren eines Ganglienzentrums, welches gleichzeitig die Oesophagusperistaltik und die Funktion der Kardia regelt.

FINDER.

73) **R. Bensaude** und **Marcel Lelong. Zwei Modifikationen zur Erleichterung der Technik der Oesophagoskopie. (Deux modifications destinées à faciliter la technique de l'oesophagoscopie.)** *La Presse Méd. No. 42. 1921.*

Das innere Rohr hat nicht wie das Brüningssche am oberen Ende eine Uhrfeder, sondern trägt an der Seite eine Zahnstange; diese greift ein in ein Zahnrad, welches in dem äusseren Rohr angebracht ist. In dieses innere Rohr passen zwei Vorschieberohre, die ihrer ganzen Länge nach an der Seite mit einer Zahnstange versehen sind, welche die Zahnstange im Hauptinnenrohr verlängern. Das Vorschieben der Rohre geschieht so wie das Handhaben der Mikrometerschraube am Mikroskop.

Die zweite Verbesserung besteht nach Ansicht der Verff. in der Einführung des Rohres in Bauchlage. Sie setzen die Vorteile dieser Position auseinander, die besonders für die Untersuchung des unteren Oesophagusabschnittes und der Kardia sehr grosse sein sollen. Illustriert.

FINDER.

74) **H. Dahmann** (Berlin). **Extraktion eines Corpus alienum aus künstlicher Speiseröhre.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 33. H. 3.*

Bei einem Patienten, bei welchem infolge Verätzung eine totale Oesophagoplastik nach Lexer vorgenommen war, setzte sich nach 2 Jahren ein Pflaumenkern an der Uebergangsfalte vom Hautschlauch zur Dünndarmschlinge fest. Nachdem man den Hautschlauch mittels Wasserfüllung über das Jugulum emporgebracht hatte, wurde unter Zuhilfenahme der Olive der Fremdkörper durch das Oesophagoskop entfernt. Die der Drucknekrose folgende Stenose wurde durch eine neuerliche plastische Operation beseitigt.

BRADT.

75) **H. Claus** (Berlin). **Drucknekrose des VII. Halswirbels durch einen Fremdkörper in der Speiseröhre.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 33. H. 3.*

Verf. beschreibt einen Fremdkörper in der Speiseröhre — Wirbelknochen einer Ziege — welcher 5 Wochen in der Speiseröhre steckte und dort zu erheblichen Zerstörungen durch Druck führte. Entfernung per oesophagoscopiam. Bei der Sektion zeigte sich ein Dekubitalgeschwür der Speiseröhre von etwa Fünfmarkstückgrösse, das nach Perforation der Hinterwand den Körper des VII. Halswirbels zerstört hatte, so dass die Dura der Medulla freilag.

BRADT.

76) **M. Roy. Ein Fremdkörper im Oesophagus mittels Oesophagotomia externa entfernt; Heilung. (A foreign body in the oesophagus removed by external oesophagotomy; cure.)** *The Journ. of Laryng. and Otol. April 1921.*

Es handelt sich um einen $4^1/_2$ Jahre alten Knaben; ein Chirurg hatte $^3/_4$ Jahre nach dem Unfall versucht, den Fremdkörper — ein eisernes Rädchen — in Narkose mittels des Kirmissonschen Hakens zu extrahieren, ein vom Verf. 3 Monate später gemachter Versuch, ihn auf ösophagoskopischem Wege zu entfernen, misslang ebenfalls. Oesophagotomia externa; die Oesophaguswunde wurde primär durch Naht geschlossen, ein Nélatonkatheter zur Ernährung durch die Nase eingeführt. Heilung.

FINDER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Katz, Preysing, Blumenfeld.** Handbuch der speziellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege. Leipzig. Curt Kabitzsch' Verlag. Bd. 2. Lief. 1—6.

Während die übrigen Bände kurz vor dem Kriege in schneller Folge erschienen, in 1. und 2. Auflage bereits vergriffen sind und die 3. unmittelbar vor der Tür steht, schwebt über dem II. Bande ein Unstern; er ist noch heute nicht ganz fertig. Er besteht aus einem otologischen und einem bukko-pharyngealen Teil. Nur letzterer, der auch vollendet ist, soll hier ausführlicher besprochen werden.

Der Stoff ist eingeteilt in eine Anzahl kleinerer Kapitel, die sämtlich mit grosser Sorgfalt und sehr gleichmässig im Stil der Darstellung behandelt sind. Den Reigen eröffnet: 1. Die intrapharyngeale Chirurgie des Nasenrachens von P. H. Gerber, eine der letzten Arbeiten des verehrten, aus voller Tätigkeit allzufrüh abberufenen Meisters. Gerber setzt die kleineren chirurgischen Aufgaben, die der Nasenrachenchirurgie gestellt sind, voran, um dann auf ihr eigentliches Feld, die juvenilen Fibrome, zu kommen. Er ist unbedingter Anhänger ihrer palliativen Behandlung, wo sie immer möglich ist, und bevorzugt die Galvanokaustik und besonders die Elektrolyse. Wenn grosse Eingriffe notwendig werden, wählt er möglichst das Eingehen per vias naturales oder, wo diese nicht ausreichen, die Denkersche Methode. Der Hessmannsche Velitraktor und namentlich die Kuhnsche Tubage werden als wichtige Hilfsmittel eingehend gewürdigt. Kürzer werden dann noch die eigentlich malignen Geschwülste behandelt. Die Strahlentherapie wird dabei nur eben erwähnt, ohne Eingehen auf ihre Bedeutung.

2. Die Chirurgie der Mundhöhle von E. Kronenberg. Das Kapitel ist dem Autor, seiner Absicht entgegen, doch zu einem kurzen Abriss der Mundkrankheiten geraten, was jedoch der Leser sicherlich nicht bedauern wird. Denn die mannigfaltigen Schleimhauterkrankungen sind sehr anschaulich geschildert. Die Chirurgie kommt eigentlich nur bei dem wichtigsten Abschnitt, der von den Geschwülsten handelt, in Betracht; und hier scheiden die Zungenoperationen, an anderer Stelle von Gluck abgehandelt, aus.

3. Die Erkrankungen des Zungengrundes von E. Kronenberg. Auch diesem Kapitel kommen die Eigenschaften des Autors — Belesenheit, Erfahrung, klarer Stil — in gleicher Weise wie dem vorigen zugute.

4. Die Schwebelaryngoskopie von Hölscher ist wohl nur aus äusseren Gründen an diesen Ort geraten und wäre systematisch im 4. Bande am Platze. Für die Darstellung dieser Technik war Hölscher, der selbst gestaltend an der Entwicklung der „Schwebe" mitgearbeitet hat, einer der geeignetsten.

5. Die Chirurgie der Gaumenmandeln von A. Jurasz. Der Reihe nach werden die kleineren Eingriffe (Schlitzung, Kaustik, Abszesseröffnung, Tonsillektomie) besprochen, der Blutung bei Mandeloperationen wird eine eingehende Betrachtung gewidmet. In dem nun folgenden Abschnitt über Geschwülste werden die verschiedenen Methoden der grossen Chirurgie (Unterkieferresektion, Pharyngotomia sub- suprahyoidea, mediana und lateralis) mehr referierend unter Würdigung ihrer Vor- und Nachteile abgehandelt. — Eine abgesonderte Darstellung findet:

6. Die Totalexstirpation der Gaumenmandeln durch Fr. Henke. Man hätte hier gern eine ausführlichere Besprechung der so besonders wichtigen Indikationsstellung gesehen. Das Kapitel ist im wesentlichen vom Standpunkt der Technik aus behandelt, die Gefahren und Erfolge des Eingriffs werden besprochen.

7. Die Chirurgie der Rachenmandel von R. Imhofer. Das kurze Kapitel, einer einzigen Operation gewidmet, hat eine ausgezeichnete und erschöpfende Darstellung gefunden. Die anatomischen Verhältnisse und besonders eingehend die Indikationsstellung werden besprochen, ebenso die Fragen der Haltung und der Narkose, über welch letztere die Meinungen ja weit auseinandergehen. Dass Technik, Erfolge und Komplikationen zu ihrem Rechte kommen, versteht sich von selbst. Ref. vermisst nur einen Hinweis auf die Lokalanästhesie.

Hiermit ist der rhino-pharyngo-laryngologische Teil des Handbuches vollendet. Ein kurzer Hinweis auf den otologischen, der in den Lieferungen 1, 2, 4, 6 des 2. Bandes vorliegt, mag hier genügen. Lief. 1 enthält „Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen des äusseren Ohres" von O. Voss, Lief. 2 „Die Funktionsprüfung des Gehörorgans" von G. Brühl (dem Thema entsprechend mehr lehrbuchartig, durchaus systematisch behandelt), Lief. 4 die höchst originelle Arbeit von Preysing: „Die frische eitrige Mittelohrentzündung und der Trommelfellschnitt", die als erster Abschnitt einer umfassenden Darstellung der Krankheiten des Mittelohrs gedacht war, aber anscheinend aus äusseren Gründen nicht weiter geführt wurde, Lief. 6 endlich „Die chirurgischen Erkrankungen des inneren Ohres von Uffenorde, eine vortreffliche, sorgfältige Arbeit. Nun fehlt nur noch „Die Chirurgie des Mittelohres" von Beyer, Güttich und Döderlein, die in Bälde erscheinen soll.

Die letzte Lieferung (6) ist auf etwas verändertem Papier gedruckt, sonst ist die glänzende Ausstattung des Werkes trotz Kriegs-, Revolutions- und namentlich Valutaschwierigkeiten die gleiche geblieben, namentlich hat der Verlag anscheinend in bezug auf Abbildungen und Tafeln den Autoren keine Schranken auferlegt.

Arth. Meyer (Berlin).

---

b) Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie.

Paris, 9. bis 12. Mai 1921.

Robert Rendu (Lyon): Hysterische Gaumensegellähmung nach Adenoidektomie.

Die phonetischen Störungen nach Adenoidoperation bestehen gewöhnlich in Rhinolalia aperta und sind zurückzuführen auf eine Verletzung oder Kontusion des Gaumensegels, auf eine entzündliche Lähmung dieses Organs, auf mangelnde Muskeladaption nach der Operation oder auch auf das gleichzeitige Vorhandensein von adenoiden Vegetationen und angeborener Kürze des Gaumengewölbes. In dem vom Verf. beobachteten Fall scheint es sich um eine hysterische Lähmung gehandelt zu haben. Ein junges Mädchen von 12 Jahren zeigte am Abend der Operation eine ausgesprochene Rhinolalia aperta; diese blieb elf Tage lang bestehen, so dass das Kind sich nur durch Gesten verständlich machen konnte. Am 12. Tage verschwand sie plötzlich.

Seigneurin (Marseille): Ueber Pneumatisation des Warzenfortsatzes.

Chavanne (Lyon): Ueber die Zweckmässigkeit gewöhnlicher oto-rhino-laryngologischer Eingriffe bei Tuberkulösen und zur Tuberkulose disponierten Individuen.

Man soll nicht durch einen Eingriff, der nicht unumgänglich notwendig ist, den Organismus in seinen Abwehrbestrebungen gegen den Tuberkelbazillus stören. Redner führt den Fall eines in Heilung begriffenen Tuberkulösen an, bei dem, nachdem eine submuköse Septumresektion gemacht worden war, eine deutliche Verschlechterung eintrat und in drei Monaten der Tod erfolgte.

Andererseits ist bei Kindern, die von tuberkulösen Eltern abstammen und selbst frei sind von bazillärer Infektion, die Abtragung von adenoiden Vegetationen und die Resektion eines verbogenen Septums, eine nützliche Unterstützung in der Prophylaxe des Organismus gegen die Infektion.

E. J. Moure und Georges Portmann (Bordeaux): Zugangswege zur Epiglottisregion. Indikationen. Nachbehandlung.

Redner verwerfen die Pharyngotomia suprahyoidea, weil sie einen ungenügenden Zugang gibt und recht blutig ist, sie setzen die Vorzüge auseinander, welche die Operationen mit vertikaler Inzision, die Pharyngotomia transhyoidea und transthyreohyoidea, haben. Erstere ist indiziert, wenn die Neubildung ihren Sitz auf der lingualen Fläche der Epiglottis hat, die zweite, wenn sie auf der laryngealen Fläche sitzt.

Technik: Vertikalinzision in Lokalanästhesie ist bei beiden Operationen die gleiche, reicht 2 cm oberhalb des Zungenbeins bis zum Ringknorpel. Kanüle im Spatium intercricothyreoideum. Je nachdem man die Transhyoidea oder die Transthyreohyoidea machen will, durchtrennt man in der Mittellinie das Zungenbein und den M. hypoglossus oder das Zungenbein und den Schildknorpel, wodurch man genügenden Zugang zu dem Tumor findet. Einlegung einer Oesophagussonde.

Seidennähte für die Zungenbasis, Katgutnähte für die tieferen Schichten und Klammern für die Haut.

Nachbehandlung: Erster Verband 24 Stunden nach der Operation, dann mehrmals am Tage, wenn Sekundärinfektion erfolgt. Die Oesophagussonde wird 20 Tage liegen gelassen.

Redner haben mittels dieser Technik ausgezeichnete Resultate erzielt.

Heyninx: Fazialislähmung infolge metastatischen Abszesses der Protuberantia annullaris.

Texier und Levesque (Nantes): Sekundäre Lähmung der Glottiserweiterer infolge Thymushyperplasie.

Es handelte sich um ein acht Monate altes Kind. Es besteht eine ausgesprochene Einziehung und eine Behinderung der Atmung, die bei der Inspiration stärker ist als bei der Exspiration. Die Erscheinungen werden nicht stärker, bei Extension des Kopfes oder bei der laryngoskopischen Untersuchung.

Die doppelseitige Postikuslähmung wurde durch die laryngoskopische Untersuchung sichergestellt. Da die Dyspnoe zunahm, wurde die Tracheotomie gemacht, das Kind starb aber einige Stunden später.

Bei der Autopsie fand sich eine sehr grosse Thymus; keine Vergrösserung der Tracheobronchialdrüsen. Keine Abplattung der Trachea. Redner nehmen eine Kompression der Rekurrentes durch die vergrösserte Thymus an.

Quix (Utrecht): Die Funktion der Otholithen.

Escat (Toulouse): Eitrige Pneumonie und Pleuritis otogenen Ursprungs ohne Thrombophlebitis.

Garel und Arcelin (Lyon) berichten über einen Processus styloideus von ungewöhnlicher Länge.

Es handelte sich um einen Kollegen, der ein Unbehagen in der Gegend der linken Mandel verspürte und mit dem Finger daselbst eine ungewöhnliche Härte fühlte; er fürchtet, ein Karzinom zu haben. G. stellte die Diagnose auf einen verlängerten Proc. styloideus, was durch die Röntgenaufnahme bestätigt wurde.

Jacques (Nancy): Aetiologie, Zeichen und Diagnose der Gaumenperiostitis.

J. bezeichnet als eine Form, die ein Zwischending darstellt zwischen der Zahnzyste und dem odontogenen Abszess, die subakute zirkumskripte Osteoperiostitis. Es handelt sich um eine exquisit schleichend verlaufende Affektion, die sich über Monate, bisweilen Jahre erstreckt und klinisch grosse Analogien bietet zu den geschlossenen Zysten, sich wie diese darstellt als ein kugeliger Tumor, der elastisch ist, dem Knochen adhärent, ohne Veränderung der Schleimhaut. Anatomisch handelt es sich um eine fungöse Infiltration des Periosts, die sich auf Grund einer Alveolarfistel entwickelt.

Descarpentries (Roubaix): Allgemeine Anästhesie mittels intramuskulärer Aetherinjektionen bei grossen Hals-Nasen-Ohrenoperationen.

Die Methode kommt in Betracht, wenn eine andere Art der Narkose schwierig oder unmöglich ist. Der einzige Uebelstand ist eine Myositis; um diese zu ver-

meiden, muss man geringe Dosen anwenden, nicht mehr als 5 ccm. Damit kommt man nur aus, wenn man die Aetherinjektionen als Ergänzung betrachtet zu einem Skopolamin-Aetherrausch. Um eine schnelle Sättigung des Organismus mit Aether zu erlangen, muss man sich bemühen, die Ausscheidung desselben durch die Lungen soweit wie möglich herabzusetzen.

Bar (Nice); Aetiologische Beziehungen zwischen einigen oto-rhino-laryngologischen Affektionen und der Aerophagie.

Die Angewohnheit, Luft zu schlucken, hängt viel von der Häufigkeit des Schluckens ab und speziell von dem allzu häufigen Speichelschlucken. Auf der einen Seite rufen verschiedene Stomatitiden, entzündliche oder ulzero-membranöse, syphilitische oder auf Neubildungen beruhende, eine reichliche Speichelsekretion hervor infolge direkter Reizung der Speicheldrüsen. Ebenso sind andererseits alle respiratorischen Hindernisse in Nase und Rachen geeignet, auf dem Reflexwege eine vermehrte Speichelsekretion hervorzurufen. Eine andere Art von Aerophagie wird bedingt durch Spasmen des Oesophagus, der Kardia und deren Umgebung; hier ist das Luftschlucken das Resultat der Aspiration bei geschlossener Glottis.

Armengaud (Cauterets): Adenoide Vegetationen als Zeichen der Heredotuberkulose oder Heredosyphilis.

A. hat bei den meisten Kindern mit adenoiden Vegetationen in der Aszendenz Tuberkulose oder Syphilis gefunden. Die Wassermannsche Reaktion erweist sich bei der Hälfte der Adenoidenträger als positiv. Tuberkulose und Syphilis spielen in der Aetiologie der Rachenwucherungen die Hauptrolle. Eine Anzahl von Erscheinungen, wie Adenoide, vereiterte Halsdrüsen, Skrophuloderma, eitrige Mittelohrentzündungen, die man früher als Zeichen der Skrophulose auffasste, sind als Erscheinungen der hereditären Lues und Tuberkulose anzusehen.

Flurin (Cauterets): Die Rhinopharyngitiden bei Brightscher Nierenkrankheit.

Jedem der grossen Stadien der Brightschen Krankheit entspricht eine spezielle Form der Rhinopharyngitis.

1. Stadium der Blutdrucksteigerung. Hyperämie des Pharynx.

2. Stadium der Kochsalzretention. Das Oedem des Pharynx, welches nur die oberhalb der Glottis gelegene Region betrifft und immer an der Glottis haltmacht, ist ein Zeichen für vorgeschrittene Kochsalzretention. Auf das Stadium der Präödeme (Widal) entfallen Rhinopharyngitiden mit Hypersekretion. Die Sekretion des Rhinopharynx, welche sehr abundant sein kann (Rhinorrhoe) stellt einen Weg der Hilfsausscheidung vor, wie der Speichel, Schweiss, Intestinalsekretion. F. hat vom histo-chemischen Standpunkt diese hydrorrhöischen Ausscheidungen studiert. Das Kochsalz übt auf die Drüsen der Pharynxschleimhaut eine irritierende Wirkung aus, welche auf die Dauer die Infektion des Rhinopharynx begünstigt und so findet sich ein Typus von Rhinopharyngitis bei Brightscher Krankheit, der sich in nichts auf den ersten Blick von der gewöhnlichen Rhinopharyngitis unterscheidet.

3. Stadium der Stickstoffretention. In diesem Stadium wird man bei systematischer Untersuchung des Pharynx eine trockene, wie lackiert aussehende

Schleimhaut finden und die Patienten geben ein sehr unangenehmes Gefühl von Brennen und Hitze an.

E. Halphan (Paris): Behandlung gewisser spastischer Husten und speziell des Keuchhustens mittels Anästhesie des Stammes des N. laryngeus superior.

In mehreren Fällen von Keuchhusten und in einem Falle von sehr hartnäckigem spastischen Husten bei Pharyngo-Laryngo-Tracheitis hat H. mittels Anästhesierung des Stammes des N. laryngeus sup. durch Injektionen von 90proz. Alkohol sehr gute Resultate erzielt.

Jacob (Lyon): Die Vakzinotherapie bei Heuschnupfen; Pollenvakzine und Mikrobenvakzine.

Die Pollenanaphylaxie wird in Parallele gesetzt mit der Proteinanaphylaxie. Ihre Behandlung besteht in der Desensibilisierung durch die Antipollenvakzine, welche eine aktive Immunisierung ist. J. führt die zahlreichen in Amerika über diesen Gegenstand erschienenen Arbeiten an und berichtet über die günstigen Resultate, die man dort mittels dieser Behandlungsmethode erzielt hat.

Mit der Pollenvakzination kann man, jedoch nur während der Krise und speziell in schweren Fällen, die Mikrobenvakzination verbinden.

Dufourmantel (Paris): Versuch einer Erklärung für einige Oesophagusspasmen.

Auf Grund von 30 innerhalb der letzten 2 Jahre beobachteten Fälle macht D. folgende Bemerkungen über die Spasmen des unteren Oesophagus.

1. Es bestehen für die meiste Zeit objektive und subjektive Zeichen von Oesophagitis, die zu gleicher Zeit wie der Spasmus und selbst vor seinem Auftreten vorhanden sind.

2. Der Sitz ist niemals an der Kardia, sondern immer einige Zentimeter oberhalb derselben. Alle in den Abhandlungen reproduzierten Radiographien zeigen schon diese Lokalisation.

3. Die im Oesophagoskop konstatierten Veränderungen bestehen besonders in Kongestion der Mukosa, die verdickt und bisweilen wirklich varikös ist.

Verf. glaubt versichern zu können, dass, wenn auch die Ursache des Spasmus im Oesophagus ist, der Sitz desselben sich ausserhalb des Oesophagus, nämlich in der gestreiften Muskulatur des Zwerchfells, niemals in der glatten Oesophagusmuskulatur sich befindet. Es handelt sich um einen Phrenospasmus. Ausser durch klinische Gründe kann diese These durch anatomische, physiologische, pathologisch-anatomische und sogar therapeutische Gründe gestützt werden.

Auch der günstige Einfluss der Oesophagusuntersuchungen, die dilatierend wirken, kann zu Gunsten dieser These angeführt werden.

Sargnon (Lyon): Der Megaösophagus.

Dieser Ausdruck ist zuerst 1918 von Bar gebraucht worden. Es handelt sich dabei um eine idiopathische Dilatation des Brustteils, bisweilen auch des Halsteils des Oesophagus. Vom anatomischen Standpunkt ist die Veränderung schon lange bekannt, ihr Studium datiert aber eigentlich erst seit Einführung der Röntgenstrahlen und der Oesophagoskopie. Es gibt drei Typen, deren klinisches Verhalten etwas von einander abweicht:

Der kongenitale Typus (Guisez), ferner die klassische Form mit Spasmen, grosser Tasche und leicht durchgängiger unterer Oeffnung und schliesslich die entzündliche Form mit oft sehr plötzlichem Beginn, starker Verengung nnd häufigen Schmerzen nach der Dilatation.

Man muss sorgfältig ausschliessen die sekundären Erweiterungen, z. B. bei wahren Narbenverengerungen, Neubildungen, Kompression, namentlich bei Aortenaneurysmen.

In den schweren Fällen wendet man die intermittierende Dilatation, besonders von oben nach unten an, namentlich mit den Bouchardschen Bougies. In den mit mehr oder weniger ausgesprochener Dysphagie einhergehenden Fällen ist das chirurgische Verfahren geboten, nämlich die Gastrotomie unter Lokalanästhesie, gewöhnlich handelt es sich um eine temporäre Gastrotomie.

E. J. Moure und A. Got: 70 Fälle von Fremdkörpern des Oesophagus der Luftwege.

Redner berichten über 49 Fremdkörper des Oesophagus und 21 der Luftwege. Ausser einigen anatomischen und technischen Bemerkungen wird folgendes von ihnen hervorgehoben:

1. Die Schwierigkeit der Lokalisation gewisser Fremdkörper des Oesophagus oder der Trachea.

2. Die Wichtigkeit ihrer frühzeitigen Entfernung (4 Todesfälle infolge der langen Dauer der Einkeilung).

Sie raten zu der äusseren Oesophagotomie erst dann, wenn es auf anderem Wege absolut nicht geht, denn mittels der Oesophagoskopie gelingt es selbst, zirkumskripte Periösophagitiden auf dem natürlichen Wege zu eröffnen.

Coulet (Nancy): Fremdkörper des Oesophagus; Mediastinalabszess.

Der Fremdkörper — ein Knochen — wurde am vierten Tage unter Oesophagoskopie entfernt; der sehr schwächliche Patient starb aber 8 Tage darauf. Bei der Autopsie fand sich ein Abszess des Mediastinum posterius in Verbindung mit einer durch den Fremdkörper verursachten Perforation des Oesophagus.

Jacob (Lyon): Die Vakzinetherapie der Ozäna.

J. hält die Ozäna für eine polymikrobielle Affektion, ohne dass man zur Zeit diesen oder jenen Mikroorganismus als spezifischen Erreger anschuldigen könnte; die Vakzinetherapie muss eine gemischte sein. J. zieht eine Autovakzine vor, die aus dem ozänösen Sekret des Patienten bereitet ist. Seine Resultate datieren nicht länger als drei Monate.

Mossé (Perpignan): Versuche mit Heliotherapie bei Ozäna.

M. findet, dass die Heliotherapie ein wertvolles Unterstützungsmittel bei der Ozänatherapie darstellt; sie wird einfach so ausgeübt, dass die Sonnenstrahlen durch ein Nasenspekulum in die Nase geworfen werden. Die Methode erfordert Geduld seitens des Patienten; dieser muss Gesicht und Augen gegen die Sonnenstrahlen schützen. In 2 von 6 so behandelten Fällen trat Heilung ein, die jetzt seit Monaten andauert.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Einige Fälle von angeborener Choanalatresie.

W. hat innerhalb kurzer Zeit Gelegenheit gehabt, drei Fälle zu beobachten; in einem dieser Fälle handelte es sich um eine doppelseitige Atresie bei einem gut entwickelten 18jähr. Manne, der sich erinnerte, in seiner Kindheit verschiedene schwere Anfälle von Atemnot gehabt zu haben. Der Gaumen war nicht hoch, der Geruch fehlte vollkommen und erschien unmittelbar nach dem operativen Eingriff wieder.

Jacques (Nancy): Drei Fälle von Choanalatresie.

Die drei Fälle betrafen junge Leute von 11—19 Jahren. Es handelte sich um eine angeborene Atresie der rechten Choane. Die verschliessende Wand war eine osteo-fibröse. Die Operation bestand in Entfernung der Wand mit der schneidenden Zange und nachfolgender dauernder Bougierung während drei Wochen und darauf intermittierende Bougierung während drei Monaten. Das Resultat war in dem einen Fall mässig, in den anderen beiden sehr befriedigend.

Lannois und Chavanne: Hörstörungen nach Antityphusvakzination.

(Nach „Presse Médicale".) Finder.

---

c) Pfingsttagung der Deutschen Otologischen Gesellschaft und des Vereins Deutscher Laryngologen, zugleich 1. Tagung der Gesellschaft Deutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.

Nürnberg, 12.—14. Mai 1921.

(Laryngo-rhinologischer Teil.)

Die Versammlung wird mit einer Ansprache des 1. Vorsitzenden des Vereins Deutscher Laryngologen, Prof. Boenninghaus, eröffnet. Er gedenkt der seit 1914 verstorbenen Mitglieder.

Nach Begrüssungsansprache der Nürnberger Kollegen wird der Antrag der Vorstände auf Verschmelzung beider Vereine einstimmig angenommen. Es folgt dann die Gründungssitzung der Gesellschaft Deutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte. Als Vorsitzender für die Tagung wird Herr Passow, als Schriftführer Herr Kahler, als Vorsitzender der nächsten Tagung Herr Panse gewählt. Die nächste Versammlung findet Pfingsten 1922 in Wiesbaden statt. — Ein Antrag Blumenfelds, die Gesellschaft möge Schritte tun, dass in den Lungenheilstätten die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mehr Beachtung finde als bisher, und zwar in Gemeinschaft mit dem Verein der Lungenheilstättenärzte, wird einstimmig angenommen.

Neumayer (München): Zur Frage der Rekurrenslähmung.

N. weist darauf hin, dass die Medianstellung des Stimmbandes auch in Fällen, wo eine vollkommene Degeneration des Rekurrens histologisch nachgewiesen werden kann, nicht notwendig als Ausdruck einer Totallähmung des Nerven angesprochen werden darf. Nach Eintritt der Postikuslähmung und der

dadurch bedingten Medianstellung des Stimmbandes kann wie bei anderen Gelenken des Körpers infolge der Ruhigstellung eine Versteifung des Arygelenkes eintreten, die das Stimmband auch nach Lähmung der Schliessmuskulatur in dieser Stellung festhält. Dass solche Fixationen des Arygelenkes im Anschluss an Lähmungen vorkommen, konnte er in einem Fall von doppelseitiger Schädigung des Kehlkopfes nach Strumektomie durch Prüfung der passiven Beweglichkeit des Aryknorpels und des Stimmbandes feststellen.

Der negative Erfolg einer kurativen Rekurrensdurchschneidung bei Medianstellung der Stimmbänder ist demnach nicht darauf zurückzuführen, dass die Medianstellung als Ausdruck einer bereits vorher bestehenden Totallähmung des Rekurrens anzusehen ist, sondern er ist durch eine Fixation des Arygelenkes bedingt.

Dass die Medianstellung des Stimmbandes auf einen Ausfall des M. posticus allein zurückzuführen ist, findet eine Stütze in dem Ergebnisse einer dynamometrischen Messung des Glottisschlusses. N. konnte feststellen, dass in einem Fall von Medianstellung beider Stimmbänder, deren Arygelenke passiv frei beweglich waren, beim Pressen eine Kraft der Schliesser wie unter normalen Verhältnissen entfaltet wurde.

Kleestadt (Breslau) hat in einem Fall beiderseitiger Postikuslähmung, in dem 19 Monate vor dem Tode der rückläufige Nerv einer Seite durchschnitten war, mikroskopische Untersuchungen angestellt, und das histologische Ergebnis entsprach an den Muskeln und Nerven dem als Beweis für die Richtigkeit des Semonschen Gesetzes mitgeteilten Befund. Eine Erklärung sucht Vortragender in der grossen individuellen Verschiedenheit des Nervenfaserverlaufes im Kehlkopf. Neben diesen anatomischen Anomalien seien für die Beurteilung der Stimmbänderstellung die hochgradigen individuellen Varianten bisher vernachlässigt worden.

Stupka: Elektrische Prüfung der Kehlkopfmuskulatur.

Motorische Reizeffekte an der Kehlkopfmuskulatur sind sowohl auf perkutanem wie auch auf endolaryngealem Wege mittels beider Stromesarten erhältlich, bei ersterem aber unsicher. Die nur unter Kokainanästhesie anwendbare endolaryngeale Methode gestattet, die Muskeln des Kehlkopfes direkt zu reizen, bzw. ihre Erregbarkeit für den faradischen und galvanischen Strom festzustellen. Die Kehlkopfelektrode wird auf die Ziemssenschen Punkte aufgesetzt. Bisher gelang es nur, die Adduktoren zu reizen. Stimmbandabduktion vom Postikusansatzfeld ist selbst in Schwebelaryngoskopie nicht zu erzielen. In einer grösseren Reihe von Fällen wurden die Durchschnittswerte für die Minimalzuckung von einzelnen Muskelpunkten im Kehlkopf und Sinus piriformis bestimmt. In pathologischen Fällen dienen diese Mittelwerte, eventuell auch der Vergleich mit der sicher gesunden Seite, zur Beurteilung der Erregbarkeitsverhältnisse der erkrankten. Die Feststellung einer einfachen quantitativen Herabsetzung der Erregbarkeit für beide Stromesarten erlaubte in 3 Fällen (2 rheumatische, 1 postdiphtherische Kehlkopflähmung) eine günstige Prognose zu stellen, welche vom Verlauf gerechtfertigt wurde. Die endolaryngeale direkte elektrische Prüfung ist

daher zur Verfeinerung der laryngealen Diagnose wertvoll und gestattet erst eine annähernd zutreffende Prognose.

Auf Antrag von Spiess (Frankfurt a. M.) wird eine Kommission gewählt, die ein Referat erstatten soll über die Gültigkeit des Rosenbach-Semonschen Gesetzes. In die Kommission werden gewählt die Herren: Neumayer, Kleestadt, Stupka und Spiess.

Blau (Görlitz) zeigt den von Hasselwander (Erlangen) konstruierten Apparat zur Aufnahme und Betrachtung stereoskopischer Röntgenbilder, mittels dessen auch absolut richtige Messungen ausgeführt werden können. Er empfiehlt den Apparat, besonders auch zur Lokalisation von Fremdkörpern.

Hans Brunner und Viktor Frühwald (Wien): Studien über die Stimmwerkzeuge und die Stimme von Taubstummen.

Bei Untersuchung von 93 taubstummen Kindern fand sich in etwa 60 pCt. der Fälle ein unvollkommener Verschluss der Stimmritze bei der Phonation. Dieser unvollkommene Verschluss wird in etwa 30 pCt. der Fälle bedingt durch ein Offenbleiben der Glottis cartilaginea, in etwa 30 pCt. der Fälle durch einen mangelhaften Verschluss der Glottis ligamentosa. Der mangelhafte Verschluss der Glottis ligamentosa war stets durch eine ungenügende Adduktion des linken Stimmbandes hervorgerufen. Die Mutationsveränderungen des Kehlkopfes, insbesondere die katarrhalischen Veränderungen, finden sich bei taubstummen Kindern viel seltener als bei vollsinnigen. Es besteht weder ein Zusammenhang zwischen abnormen Labyrinthfunktionen und den Anomalien der Stimmbandbewegungen, noch ein Zusammenhang zwischen Artikulationsfähigkeit und Labyrinthfunktionen bei Taubstummen. Von den 93 Kindern gebrauchten 88 den weichen, 5 den gehauchten Stimmansatz, keiner von den untersuchten Zöglingen jedoch den harten Stimmansatz. Die Anomalien in den Bewegungen der Stimmlippen erklären die Vortragenden in Analogie zu den habituellen Stimmbandlähmungen von Gutzmann dadurch, dass den taubstummen Kindern die richtigen Bewegungsvorstellungen der Kehlkopfmuskulatur fehlen. Dazu kommt noch die Möglichkeit der Inaktivitätsatrophie der Kehlkopfmuskulatur. Bezüglich des ausschliesslichen Befallenseins des linken Stimmbandmuskels sind die Vortragenden der Meinung, dass hierin vielleicht ein Ausdruck für die verschiedene Wertigkeit der Grosshirnrinde liegt. Sie verweisen aber auch darauf, dass auch unter normalen Verhältnissen das rechte Stimmband breiter ist als das linke. 44 Zöglinge sprachen deutlich heiser, 19 belegt und nur 30 besassen normale Stimme.

Bruno Griessmann (Nürnberg): Experimentelles Larynxödem.

Das chemische Material, aus dem der Kehlkopf aufgebaut ist, besteht aus Kolloiden. Das Verhalten des Kehlkopfes gegenüber Wasser ist in letzter Linie ein kolloid-chemisches Problem. G. hat die Quellungsverhältnisse des menschlichen Kehlkopfes untersucht, indem er Gewebsstücke von den verschiedenen Teilen des Kehlkopfes in verschiedene Flüssigkeiten einlegte. Es wird der Nachweis erbracht, dass das tote Kehlkopfgewebe hinsichtlich seiner Quellbarkeit kolloid-chemischen Gesetzen unterliegt. Es wird auch experimentell nachgewiesen, dass das Jodödem ein kolloid-chemischer Vorgang ist.

Manasse (Würzburg); Ueber Hyalindegeneration des Säuglingsstimmbandes.

Demonstration. Mikroskopische Präparate vom Stimmband eines 6 Monate alten, an Pädatrophie gestorbenen Säuglings. Es fand sich beiderseitige Hyalindegeneration des Bindegewebes und der Gefässwege. Klinische Gründe unbekannt.

Hinsberg (Breslau): Ueber Leitungsanästhesie des Laryngeus superior bei intralaryngealen Operationen.

H. empfiehlt die Anästhesie mittels Kokainbepinselung zu ersetzen durch Leitungsanästhesie. Technik: Injektion von 1 cg Morphiumatropin. Eine halbe Stunde später Umspritzung des Nerven beiderseits an seiner Durchtrittsstelle durch die Membrana hyo-thyreoidea mit je 4—5 ccm 1proz. Novokain-Adrenalinlösung. Nach $^1/_4$ Stunde wird etwa 10proz. Kokainlösung auf Zäpfchen und Rachenwand aufgespritzt, dann die Operation angeschlossen. Die Unempfindlichkeit ist vollkommener und tiefergreifend als die durch Kokainpinselung bewirkte. Nachteile wurden in etwa 150 Fällen nicht beobachtet.

Hajek (Wien): Beobachtungen über die Technik der Kehlkopfexstirpation.

Die Erfahrungen über die Resultate der Kehlkopfexstirpation befriedigen nicht. Nach H.'s Erfahrung liegt die Gefahr in 3 Momenten: 1. in dem Atemschock, 2. in der Unsicherheit der Trachealnaht, 3. in der Insuffizienz der Pharynxnaht. Der Atemschock ist durch die plötzliche Aenderung des Atemmechanismus bedingt, da der beim normalen vorhandene intrapulmonale Druck verloren geht und dadurch leicht bronchitische Komplikationen entstehen. Die Trachealnaht ist unsicher, und in dem teilweisen Durchschneiden der Nähte und Nekrose des Trachealrohrs liegt ein erheblicher Missstand wegen der Sekretaspiration. Die Unzulänglichkeit der Pharynxnaht verursacht die unangenehmsten Komplikationen, und wenn sie sich gleichzeitig mit einem Versinken der Trachea kompliziert, ist eine Aspirationspneumonie sehr drohend. H. ist in Erkenntnis dieser Uebelstände zur zweizeitigen Operation zurückgekehrt. Der erste Akt besteht in dem Vornähen der Trachea gleich in der Weise, wie er es für die definitive Formation braucht. Nach dem ersten Akt soll durch fleissiges Ueben der Mechanismus der Atmung vervollkommnet werden. Was die Pharynxnaht anbetrifft, so scheint es besser zu sein, von vornherein auf einen vollkommenen Schluss der Pharynxwunde zu verzichten und durch eine Oeffnung des Rachens den Speichel abzuleiten.

A. Réthi (Budapest): Die Technik der totalen Kehlkopfexstirpation.

Nach der totalen Kehlkopfexstirpation erfolgt meist eine sekundäre Heilung. Die zwei Ursachen sind primäre Speichelinfektion und sekundäre Infektion. Diese können nach Vortragendem ausgeschaltet werden durch Entfernung des Zungenbeinkörpers und durch Isolierung der unteren Hälfte der Muskeln Mylo-hyodeus und Genio-hyoideus. Dadurch fällt der Zungengrund herunter und der obere Rand des Schleimhautdefektes sinkt um 2—3 cm. Bei der Operation wird der Kehlkopf

17*

frei präpariert, die Gefässe unterbunden, der Kehlkopf von der Trachea getrennt, die Trachea mit einigen Nähten an die Haut fixiert. Dann kommt die Resektion des Zungenbeins und des grössten Teiles der Hörner. Alsdann die Isolierung der obengenannten Muskeln. Die Rachenschleimhaut wird von der hinteren Fläche des Kehlkopfes von unten her abpräpariert, der Kehlkopf wird senkrecht aufgestellt und von der hinteren Rachenwand abgehoben. Mit dem Verfahren ist es möglich, nicht nur der primären Speichelinfektion vorzubeugen, sondern ohne Spannung eine bequeme quere Doppelnaht zu machen und die quere Nahtlinie mit dem Konstriktor fest zu umfassen. Die Nahtlinie wird dann aus dem Wirkungsbereich der Schlingbewegung ferngehalten.

Zange (Erlangen): Was dürfen wir von der Röntgenbestrahlung der Kehlkopftuberkulose erwarten?

Die Schwierigkeiten, die bisher der Röntgenbehandlung der Kehlkopftuberkulose entgegenstehen, liegen hauptsächlich auf dem Gebiete der biologischen Dosierung, deren Schwierigkeiten Vortragender genauer erörtert. Am sichersten wird man dieser Schwierigkeiten Herr werden auf Sonderabteilungen für Kehlkopflungentuberkulose, wie Vortragender eine solche beim Versorgungslazarett Jena eingerichtet hat. Er berichtet über seine im ganzen recht günstigen in den letzten $1^{1}/_{2}$ Jahren auf dieser Abteilung gewonnenen Ergebnisse mit der Strahlenbehandlung.

Kander (Karlsruhe) berichtet über seine Erfahrungen mit Behandlung der Kehlkopftuberkulose durch Röntgenstrahlen und kommt zu dem Schluss, dass die Tuberkulose des Kehlkopfes bei gleichzeitiger geschlossener Tuberkulose der Lungen durch Röntgenstrahlen heilbar ist. Auch bei offener nicht zu weit vorgeschrittener Lungentuberkulose werden durch Bestrahlung gute Erfolge erzielt. Bei schwerer Lungentuberkulose mit stark bazillenhaltigem Auswurf lässt auch die Bestrahlung des Kehlkopfes im Stich. Bestrahlt wird von innen mit harten Strahlen in Abständen von 2—3 Wochen.

Karl Beck (Heidelberg): Strahlenbehandlung und ihre Gefahren.

Es wird über Tumoren der oberen Luft- und Speiseröhre berichtet, die bei Röntgen- bzw. Radiumbestrahlung völlig zurückgegangen waren. Es traten aber typische Röntgenschädigungen der Haut im bestrahlten Gebiet ein, besonders in einem Fall von Karzinom des Sinus piriformis, wo nach 3 Jahren ein Rezidiv auftrat. Es wird die Unmöglichkeit des Weiterbestrahlens von innen dargelegt und besonders vor Operationen im bestrahlten Gebiet gewarnt. Es wird empfohlen, in diesem Falle von vornherein stets den Hauptangriffspunkt für die Bestrahlung durch Radiumeinlagen nach innen zu verlegen und die Wirkung durch Röntgenbestrahlung von aussen, jedoch in geringerer als die Hauterythemdosis zu unterstützen.

Nadoleczny: Ueber den Triller im Kunstgesang.

Laryngographische und pneumographische Trilleraufnahmen von über 30 Personen haben ergeben, dass es sich beim Trillern um Schüttelbewegungen des Kehlkopfes in vertikaler und horizontaler Richtung handelt. Bei einem Teil der Personen fanden sich bei den Atemkurven dem Triller entsprechende Stossbewe-

gungen. Je besser geschult der Sänger ist, desto gleichmässiger verlaufen die Trillerkurven der Bewegungen des Kehlkopfes. Die Schlagzahl erreicht bei geübten Trillern etwa 5—8,5 pro Sekunde.

Imhofer (Prag): Stimmlippenblutungen bei Sängern.

Redner schaltet alle Fälle aus, wo im Verlauf einer Laryngitis laryngeale Blutungen auftraten, und will eine strikte Trennung von der Laryngitis haemorrhagica durchgeführt sehen. Er hat 5 Fälle von Stimmlippenblutungen beobachtet, alle bei ausgebildeten Sängern, einen 6. Fall, der einen Nichtsänger betraf, und der klinisch das Bild eines Hämatoms bot, histologisch untersucht. Es wird unterschieden die Prädisposition und das auslösende Moment, welches letzteres er in einem übermässigem Pressverschluss der Glottis sieht. Zwei der Fälle akquirierten die Blutung ausserhalb der Gesangestätigkeit durch Erbrechen. Merkwürdig ist die oft sehr geringe Störung der Stimmfunktionen. Die Prognose ist günstig.

Giesswein (Berlin): Ueber Brustresonanz.

Die Ursache der Brustresonanz liegt in dem resonatorischen Mitschwingen der Luftsäule des Bronchialbaumes in der Höhe seines Eigentones und der Resonanzbreite desselben, d. h. einer ganzen Reihe von Tönen der Nachbarschaft des Eigentones. (Erscheint ausführlich in Passow-Schäffers Beiträgen.)

Cohen (Köln): Demonstration einer Moulage von einem Lupus der Schleimhaut des harten Gaumens bei Kieferhöhlentuberkulose und einer Moulage von Karzinom der Schleimhaut des harten Gaumens mit Perforation in die Nase und die rechte Kieferhöhle.

Gutzmann (Berlin): Ueber die verschiedenen Formen der inspiratorischen Stimme.

Die beim Menschen auftretende inspiratorische Stimme ist entweder willkürlich (beim Sprechen, Singen) oder unwillkürlich (bei jeder Inspiration). Im Kindesalter tritt sie beim ersten Schrei unwillkürlich auf, in der Lall-Periode öfters willkürlich, im späteren Kindesalter manchmal aus Nachahmungslust; sie ist im allgemeinen dem kindlichen Kehlkopf bei häufiger Anwendung schädlich. Der Erwachsene benutzt gelegentlich die inspiratorische Sprachstimme aus übler Gewohnheit oder aus Not, einen exspiratorrschen Spasmus zu vermeiden. Der sog. inspiratorische Stimmritzenkrampf erzeugt gewöhnlich nur inspiratorische Geräusche und rauhe Töne. Wo reine inspiratonische Töne beim Atmen auftreten, handelt es sich gewöhnlich um Ansaugung der schlaffen Stimmlippen.

A. Réthi (Budapest): Ueber Bronchotomie bei tiefen unheilbaren Verengerungen der Luftröhre.

Redner schildert eingehend seine aus zwei Teilen bestehende Operation, deren erster Teil in der Verhinderung des Pneumothorax durch Anbringung einer die Verwachsung der Pleurablätter hervorrufenden Naht besteht. Der zweite Teil wird nach der Verwachsung gemacht und besteht in der Aufsuchung und Eröffnung des Lappenhauptbronchus.

Karl Beck (Heidelberg): Ueber das Gurgeln (Röntgendemonstration).

Es wird durch Röntgeneinschlagaufnahmen beim Gurgeln mit Aufschwemmungen von Eubaryt festgestellt, dass bei dem gewöhnlichen Gurgeln bei nach

hinten gebeugtem Kopf, wobei das bekannte Geräusch entsteht, die Flüssigkeit sich in der Hauptsache im Munde befindet und nur die Gaumenbögen, der weiche Gaumen und die Tonsillen davon benetzt werden. Der Rachen wird dadurch nicht berührt; nur fliesst über den Zungengrund im feinsten Strahl dabei etwas Flüssigkeit in den Hypopharynx. Bei dem Gurgeln bei weit herausgestreckter Zunge und nach hinten gebeugtem Kopf, wobei keine Geräusche entstehen dürfen, ergeben die Aufnahmen, dass auch hier die Flüssigkeiten im Gegensatz zu verschiedenen Autoren nicht in den Rachen gelangen, sondern dass fast alles im Munde bleibt. Bei einem Menschen aber, der das sog. tiefe Gurgeln beherrscht, wird festgestellt, dass die Gurgelflüssigkeit tatsächlich in den Hypopharynx gelangt, ein grosser Teil in den Valleculae bleibt, eine weitere Ansammlung findet sich in dem Sinus piriformis beiderseits, von wo Flüssigkeiten in ganz dünnem gegabelten Strahle bis weiter nach unten in den Oesophagus gelangen. Der Kehlkopf aber selbst wird von Gurgelflüssigkeiten nicht berührt. Der Tiefgurgler ist weiter imstande, durch eine Exspiration und Pressbewegung die Flüssigkeit aus dem Hypopharynx durch die Nase auszustossen, wobei die Flüssigkeit bis in den unteren Nasengang gelangt.

Kassnitz (Baden-Baden): Systematik des Gurgelns.

K. versteht unter Systematik des Gurgelns die regionäre Zergliederung des Allgemeinbegriffs „Gurgeln". Er unterscheidet: Mundgurgeln, Rachengurgeln, Kehlkopfgurgeln, Nasen-Rachengurgeln und Nasengurgeln. Man könne z. B. beim Kehlkopfgurgeln sich mit dem Kehlkopfspiegel überzeugen, dass das Gurgelwasser sich im Kehlkopf befindet.

Karl Hellmann (Würzburg) bespricht ein malignes Chordom des Nasenrachenraums, das sich aus richtigem Chordagewebe und aus typischem Karzinomparenchym aufbaut. Zwischen diesen beiden Gewebsarten befinden sich mehrere Uebergangsformen. Der Tumor muss auf eine einheitliche Grundzellart zurückgeführt werden, die von dem epithelialen Anteil der Chorda dorsalis abstammt.

Gyergyai (Klausenburg): Neue physiologische Grundsätze bei Eingriffen in den Nasen-Rachenraum und neue Instrumente.

Redner teilt die Ergebnisse seiner Forschung über die Oberflächenempfindlichkeit und Muskelempfindlichkeit des Nasen-Rachens und des weichen Gaumens mit. In praktischer Anwendung seiner physiologischen Beobachtungen stellt er fest, welchen Regeln man zu folgen hat, um bei Eingriffen im Nasen-Rachen Würgreflexe zu vermeiden, ferner auf welche Art man diese Würgreflexe mechanisch verhindern kann bei direkter Untersuchung und Operation im Nasen-Rachenraum und an der Tube. Er zeigt an Kranken die Anwendung von Instrumenten zur direkten Besichtigung des Nasen-Rachenraumes, welche den physiologischen Ansprüchen entsprechend angefertigt sind. Durch die Methode werden auch versteckte Teile des Nasen-Rachens leicht zugänglich, ebenso die Gegend der Tuba Eustachii.

Viktor Frühwald (Wien): Zur Kasuistik der Tumoren des Vestibulum nasi.

Vortr. berichtet über 2 Fälle, in denen viele Jahre Warzen im Nasenflügel bestanden, die dem Träger nur wenig Beschwerden verursachten, und aus denen

sich vielleicht durch mehrfache Insulte im ersten Falle ein ausgesprochenes Karzinom entwickelte, während im zweiten Falle der Tumor sich bei der mikroskopischen Untersuchung als stark verhornendes Papillom erwies, das eben noch an der Grenze der Gutartigkeit stand.

Vortr. stellt die Forderung auf, gutartige Neubildungen des Gesichts, die an seltenen Lokalisationsstellen auftreten, oder die durch ihren Sitz häufig Insulten ausgesetzt sind, frühzeitig radikal zu entfernen.

Fein (Wien): Demonstration eines Ansatzröhrchens für rückläufige Nasenspülungen.

Durch diese wird das Eindringen von Flüssigkeiten in die Tube verhindert.

Brünings (Greifswald): Künstliche Atmung durch intratracheale Insufflation.

v. Eicken (Giessen): Tendinitis achillea nach Angina lacunaris.

v. E. hat im Verlauf von 18 Jahren viermal an sich eine doppelseitige Entzündung der Achillessehne beobachtet, die ganz regelmässig 8 Tage nach Beginn der Angina auftrat und sich gleichzeitig an beiden Seiten bemerkbar machte. Dieselbe Komplikation ist kürzlich von Ryhiner im Anschluss an Angina bei Soldaten in 17 Fällen beobachtet worden und zwar in 7 Fällen doppelseitig.

Denker (Halle) berichtet über 3 Fälle von Hypophysentumoren, die er auf dem von ihm vorgeschlagenen permaxillaren Wege freiglegt und behandelt hat. Er geht vom Munde aus nach Resektion der fazialen und medianen Kieferwand durch die Kieferwand in die Nase, räumt das ganze Siebbein dieser Seite aus, entfernt den hinteren oberen Teil der Nasenscheidewand sowie die hinteren Siebbeinzellen der anderen Seite und gelangt alsdann nach Fortnahme der vorderen Keilbeinhöhlenwand beiderseits und des Rostrum sphenoidale an die hintere Keilbeinhöhlenwand bzw. die vordere Wand der Sella turcica. Diese Methode gewährt einen weiten und übersichtlichen Einblick in die Teile, lässt die weiteren Massnahmen an der Hypophyse unter Kontrolle des Auges gut ausführen und gestattet den Einblick auch für eine zweite Person. Anstatt die Dura zu spalten und den Hypophysentumor auszuräumen, hat Denker auf Vorschlag von H. Anton Einspritzungen in die Geschwulst mit Lösung von Calcium lacticum bzw. von Preglscher Lösung gemacht. Diese Art des Verfahrens hat gegenüber der Ausräumung den Vorzug der geringeren Gefährlichkeit. In den 3 operierten Fällen trat eine ganz wesentliche Besserung der Allgemeinerscheinungen sowie in 2 Fällen eine erhebliche Besserung der Sehfähigkeit ein. In dem dritten Fall lag bereits völlige Erblindung vor, in dem einen Fall nahm auch die Adipositas ab. D. empfiehtt, dieses konservative Vorgehen zunächst zu versuchen, bleibt der Dauererfolg aus, so lässt sich bei einmal erfolgter Freilegung der Hypophyse die Ausräumung des Tumors später leicht nachholen.

Fein (Wien): Eine neue Methode der Behandlung des sog. nervösen Schnupfens.

F. hat mit vollem Erfolge Alkoholinjektionen in das Ganglion spheno-palatinum ausgeführt. Als Voroperation ist nur die partielle eventuell temporäre Resektion der unteren Nasenmuschel notwendig. Die Abtragung der mittleren Muschel macht das Ganglion nicht genügend zugänglich.

Alexander (Frankfurt a. M.) berichtet auf Grund zweijähriger Erfahrung über den Einfluss der Röntgentiefenbestrahlung der Milz bei venösen und parenchymatösen Blutungen des Gehörorgans und der oberen Luftwege.

Dieselbe zeigte sich allen bisherigen Methoden der Blutstillung bei weitem überlegen und führte stets unter Fortlassung jeglicher Tamponade zu einem prompten Erfolge. Diese von Stephan (Frankfurt a. M.) empfohlene Methode beruht auf einer Erhöhung der Fermentkonzentration des Serums und Beschleunigung der Gerinnungszeit. Die Bestrahlungsdauer beträgt 15 Minuten, 28 cm F.H.-Distanz, Feldgrösse 10×12 cm, $2^1/_2$ M.A.-Belastung, also $^1/_3$ der in der Karzinomtherapie üblichen Hauteinheitsdosis.

Heermann (Essen) bemängelt die seit 20 Jahren übliche Behandlungsart der Erkrankungen der Nasennebenhöhle, besonders der Oberkieferhöhle, da sie die Technik der intranasalen Chirurgie nicht zur Entwicklung kommen lässt. Er tritt für eine Eröffnung der Nasennebenhöhlen vom Naseninnern aus ein und zeigt Spekula, Meissel und Handgriffe, die ein sicheres uud übersichtlicheres Operieren in den engeren Räumen ermöglichen und erleichtern.

Lautenschläger (Berlin): Die Radikaloperation der Ozäna.

L. gibt einen kurzen Ueberblick über die Entwicklung seines Operationsverfahrens der Ozäna, das er abermals modifiziert hat. Seine anatomischen Arbeiten und die Beobachtung, dass die Atrophie im Naseninneren eine um so geringere Neigung zeigte, wiederzukehren, je intensiver bei der Operation der Knochen bearbeitet wurde, führte zu dem Entschluss, die Kontinuität des Knochens an möglichst vielen Stellen zu unterbrechen und dadurch eine ausgedehnte Knochenneubildung und neue Zirkulationswege herzustellen. Mit stumpfen Instrumenten wird die knöcherne Oberfläche der medianen Kieferhöhlenwand so bearbeitet, dass allenthalben Dellen, Risse und Sprünge entstehen. Eine in den Knochen gemeisselte tiefe Rille, die an der Apertura piriformis bis zu den Zahnwurzeln herabsteigt, hier fast rechtwinklig umbiegt und etwas über dem Ansatz der medianen Kieferwand am Kieferhöhlenboden nach hinten bis über die perpendikulare Platte des Gaumenbeines verläuft, verhütet eine Splitterung des Knochens über die Grenze hinaus. Der Nasenboden wird nach Ablösung der Schleimhaut des unteren Nasenganges durch eine vom Kieferhöhlenboden entnommene knöcherne Leiste gehoben. Deckung des zertrümmerten Knochens mittels eines aus der Lippen- und Wangenschleimhaut entnommenen Lappens, der mit seiner Wundfläche auf die mediane Kieferhöhle auftamponiert wird. Nach 2—3 Wochen plastischer Verschluss der oralen Oeffnung bis auf eine median gelegene, durch den Lippenschleimhautlappen offengehaltene Fistel, wobei der Ductus Stenonianus in den lateralen Rezessus der Kieferhöhle mit eingenäht wird. Der die Kieferhöhle passierende Speichel fliesst also wieder in die Mundhöhle zurück. Die Lippenfistel verkleinert sich später durch Narbenzug, so dass auch kleine Speichelmengen die Nasenhöhle berieseln, ohne dem Pat. lästig zu fallen. Auf diesem Wege hat L. bis jetzt die besten Erfolge erzielt.

Amersbach (Freiburg i. B.): Zur operativen Behandlung der Ozäna.

A. verfügt über ein Material von 30 Fällen; die Beobachtungsdauer erstreckt sich zum Teil auf über 2 Jahre. Das Verfahren von Witmaak musste aufgegeben

werden, da einerseits Sekundärinfektion der Parotis, andererseits unerträglicher Speichelfluss dazu zwang. Die Resultate nach Lautenschläger bzw. Halle waren im ganzen befriedigend, völliges Verschwinden von Fötor und Borkenbildung aber wurde nur vereinzelt beobachtet. Ein Teil der Fälle erwies sich als mehr oder minder refraktär. Die Lautenschlägersche Auffassung, dass sein Verfahren auch eine Verbesserung der Ernährungsverhältnisse usw. erziele, kann nicht anerkannt werden, es handelt sich vielmehr dabei lediglich um eine protrahierte Reaktion auf den Eingriff, die über kurz oder lang abklingt.

Halle (Berlin): Die operative Therapie bei Ozäna und ihre Erfolge.

Gegen die Lautenschlägersche Auffassung, dass die sogenannte genuine Ozäna ihren Ursprung hat in einer Infektion der Nebenhöhlen zumeist schon in der Kindheit, werden ernste Bedenken erhoben. Von Aerzten aus südlichen Ländern ist dem Vortragenden berichtet worden, dass dort ausgesprochene Ozäna schon bei Kindern von 2 Jahren beobachtet worden sei, ohne dass Lues oder Tuberkulose als ätiologischer Faktor in Frage kommt. Trifft dies zu, so ist die Theorie Lautenschlägers unhaltbar. Dagegen haben sich die therapeutischen Anregungen als wertvoll erwiesen. H. rühmt die Vorzüge seiner Modifikation (Verlegung der medialen Kieferhöhlenwand, Arch. f. Lar., Bd. 33) vor dem komplizierteren Lautenschlägerschen Verfahren. H. verfügt über 131 Fälle, die sich auf 4 Jahre verteilen, von denen 76 über ein Jahr alt sind. Die Resultate sind derartig, dass man nur zu der operativen Therapie raten kann.

Hinsberg (Breslau): Eine neue Operation zur Heilung der Ozäna.

Nach Eröffnung der Kieferhöhle wird beiderseits die mediale Wand der Kieferhöhle durch Meisselschläge mobilisiert, die laterale Begrenzung der Apertura piriformis, d. h. der Processus frontalis des Oberkiefers wird ebenfalls durch Meisselschläge beweglich gemacht. Dann werden die medialen Kieferhöhlenwände durch Druck nach einwärts verlagert, bis die untere Muschel das Septum berührt, und in dieser Stellung werden sie durch die Plattennaht fixiert. Die Technik dieser ist folgende: Eine starke flachgebogene Nadel wird von der linken Kieferhöhle aus durch die linke mediale Kieferhöhlenwand, durch die Scheidewand und die rechte mediale Kieferhöhlenwand durchgestochen, bis sie in der rechten Kieferhöhle erscheint. Mit ihr wird ein Bronzedraht zur rechten Kieferhöhle hinausgeleitet, der am anderen Ende eine kleine Metallplatte trägt. Diese legt sich bei Zug am Draht der linken medialen Kieferhöhlenwand fest an. Dann wird nach Entfernung der Nadel auf das aus der rechten Kieferhöhle herausgeleitete Drahtende eine zweite gleiche Platte und hinter ihr eine durchbohrte Bleiperle aufgefädelt. Unter dauernder Spannung des Drahtes wird nun vermittelst einer Zange die Perle + Platte und mit ihr die rechte Kieferhöhlenwand nach innen gedrückt, bis diese dem Septum anliegt, und zum Schluss wird mit der Zange die Perle so fest zusammengepresst, dass sie dem Draht fest aufsitzt. Beide laterale Nasenwände sind durch diese Plattenoperation fest in der gewünschten Stellung verankert; ein Zurückweichen ist unmöglich, eine weitere Fixation unnötig. Die Operationswunden schliessen sich spontan, die Platten heilen fast stets reaktionslos ein und werden mit 2—3 Monaten nach erneuter Eröffnung der Kieferhöhle entfernt. Bis dahin ist eine weitere Heilbehandlung, ausser täglichen Spülungen der Nase, nicht nötig.

Es gelingt fast stets durch diese Methode die abnorm weite Ozänanase bis ungefähr zur Norm zu verengen. Foetor und Borkenbildung schwinden meist vollständig, eine mässige Absonderung von dünnflüssigem geruchlosen Sekret bleibt noch bestehen. Vorteile vor der Lautenschlägerschen Methode: Kurze und sehr schonende Nachbehandlung, vor der Halleschen Operation: Vermeidung von Adhäsionen und von langdauernder Tamponade. Finder.

III. Briefkasten.

Gesellschaft Deutscher Hals-Nasen-Ohrenärzte.

Nachdem auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte im September v. J. eine Vereinigung des Vereins Deutscher Laryngologen und der Deutschen Otologischen Gesellschaft in die Wege geleitet worden war, ist diese Vereinigung in der Pfingsten d. J. in Nürnberg stattgefundenen Geschäftssitzung beider Vereine zum Beschluss erhoben worden. Die vereinigten Gesellschaften hielten nunmehr als „Gesellschaft Deutscher Hals-Nasen-Ohrenärzte“ ihre erste Tagung ab; eine auszugsweise Wiedergabe des rhino-laryngologischen Teiles dieser Verhandlungen finden uusere Leser in diesem Heft.

Czechische Oto-Rhino-Laryngologische Gesellschaft.

Eine Czechische Oto-Rhino-Laryngologische Gesellschaft mit dem Sitze in Prag wurde am 15. Mai a. c. gegründet. Vorsitzende: O. Kutvirt und J. Cisler.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVII. Juli 1921. No. 7.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **G. Bradt** (Berlin), **Calamida** (Mailand), **R. Dreyfuss** (Frankfurt a. M.), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **F. Hanszel** (Wien), **R. Hoffmann** (Dresden), **R. Imhofer** (Prag), **G. Jonquière** (Bern), **R. Kotz** (München), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **R. Lund** (Kopenhagen), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer.
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXVII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1921) **25 Mark.**

Berlin 1921.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVII. Berlin, Juli. 1921. No. 7.

I. Referate.

a) Aeusserer Hals, obere Luftwege.

1) **H. Gödde** (Oberhausen). **Ueber Lymphangiome mit besonderer Berücksichtigung des tiefen Sitzes am Halse.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 163. S. 135. 1921.*

Bei 31 Jahre altem Mann, der durch Druck auf die Luftröhre und ständigen starken Hustenreiz sehr belästigt wurde und verschiedentlich erfolglos wegen „Rachenkatarrhs“ in Behandlung stand, fand sich eine bis unter das Sternum reichende Verdickung von der Schilddrüsengegend abwärts. Das Röntgenbild zeigte Trübung von Apfelgrösse bis zur Höhe der 2. Rippe; deutliche Abgrenzung von der Aorta.

Operation. Zyste mit graugelber, geruchloser Flüssigkeit, die mikroskopisch nur amorphe Bestandteile, keine Zellen aufweist. Die Zystenwand selbst zeigt Hohlräume verschiedenster Grösse, die Endothelbekleidung haben. DREYFUSS.

2) **Levinger** (München). **Angeborene seitliche Halsfistel.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 10. S. 304. 1921.*

Nach Ausheilung einer Warzenfortsatzaufmeisselung trat etwa 1 cm unterhalb der Spitze des Processus mastoideus eine Halsfistel zu Tage, die besonders beim Kauen reichlich Flüssigkeit entleerte. Verf. meint, dass durch die Operation eine bisher inkomplette innere Fistel in eine komplette umgewandelt wurde.

Einmalige Einspritzung mit konzentrierter Trichloressigsäurelösung brachte Heilung. Aetzwirkung im Pharynx wurde dabei nicht beobachtet. Er empfiehlt daher, vor der meist nicht einfachen Fisteloperation jedesmal einen Versuch mit Trichloressigsäure zu machen. KOTZ.

3) **Griessmann** (Nürnberg). **Zur Frage der angeborenen seitlichen Halsfisteln.** *Münch. med. Wochenschr. No. 15. S. 460. 1921.*

G. glaubt, dass die in vorstehender Arbeit von Levinger beschriebene Fistel durch eine Verletzung der Parotis entstanden ist. Eine solche kann nicht nur beobachtet werden, wenn man den Schnitt bei der Warzenfortsatzoperation sehr weit nach abwärts führt, sondern auch dann, wenn ein akzessorischer Zapfen der Speicheldrüse hoch nach oben reicht. KOTZ.

4) **M. Nobécourt. Tracheobronchialdrüsen und Infektionen der Luftwege. (Adénopathies trachéo-bronchiques et infections des voies respiratoires intriquées.)** *La Presse Médicale. 29. Juni 1921.*

Verf. erörtert zunächst die Rolle, die Anschwellung der Tracheobronchialdrüsen bei der Entstehung und Entwicklung von Infektionen der Bronchien und Lungen spielt; diese Rolle kann bestehen in Kompression eines Bronchus, Kongestion und Oedem infolge Kompression der Pulmonarvenen, vor allem in Einwirkung auf den Vagus in Gestalt von Kompression desselben oder durch Ausbreitung der Entzündung, woraus Neuritis oder Perineuritis resultiert. Die Folge von all dem kann sein: Bronchitis, Lungenkongestion, Bronchopneumonien und Pneumonien.

Andererseits aber reagieren die Tracheobronchialdrüsen auch bei Infektionen der Organe, von denen ihre zuführenden Lymphgefässe kommen. Verf. erinnert z. B. an das Aussehen der Tracheobronchialdrüsen bei der Sektion von Kindern, die an Bronchopneumonie gestorben sind. Wiederholte Infektionen des Rachens, Mandelhyperplasie und adenoide Vegetationen führen zu Vergrösserung jener Drüsen. Tuberkulöse Drüsen muss man ausschliessen, was durch Tuberkulinreaktion geschieht. Aber auch tuberkulöse Tracheobronchialdrüsen reagieren durch Verschlimmerung der funktionellen Erscheinungen und der physikalischen Symptome, wenn das Kind z. B. eine akute Angina retronasalis oder eine Tracheobronchitis bekommt; es kann dadurch eine Exazerbation des tuberkulösen Prozesses hervorgerufen werden. FINDER.

5) **Curschmann** (Rostock). **Die hausärztliche Behandlung des Bronchialasthmas.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. S. 305. 1921.*

Zusammenstellung aller prophylaktischen und therapeutischen Faktoren. Zum kurzen Referat nicht geeignet. KOTZ.

6) **Pürckhauer** (Dresden). **Demonstrationen.** *Derm. Wochenschr. No. 9. S. 187. 1921.*

1. Eine primäre Zungentuberkulose bei 30jährigem Patienten. Beginn an der Zungenspitze, übergreifend auf Tonsillen, Uvula, Rachen. Strahlentherapie wirkungslos. 2. Pemphigus vulgaris bei 50jährigem Mann, Beginn an der Mundschleimhaut. SEIFERT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

7) **H. Ritter** (Hamburg). **Zur Aetiologie der Granulosis rubra nasi.** *Derm. Wochenschr. No. 18. 1921.*

Eine tuberkulös belastete Patientin von 16 Jahren litt an zwei typischen Tuberkuliderkrankungen und hatte gleichzeitig eine Granulosis rubra nasi. Auf fortgesetzte Ponndorfsche Impfungen mit Alttuberkulin heilte das papulo-nekrotische Tuberkulid und auch die Granulosis rubra nasi ab (das Erythema induratum Bazin war auf Röntgenbestrahlung geheilt). Aus dem Erfolg der Therapie erhebt sich der Verdacht, dass es sich bei der Granulosis rubra nasi um ein Tuberkulid handeln könne. SEIFERT.

8) **W. Okada. Zur Kenntnis der angeborenen Geschwülste der äusseren Nase. Zwei Fälle von Dermoidzysten am Nasenrücken mit medianer Fistel und ein Fall von eigenartiger teratoider Geschwulst am Nasenrücken.** *Killian-Festschrift d. Jap. oto-rhino-laryng. Ges. 1920.*

Fall I. 16jähriges Mädchen; ein Arzt hatte die Geschwulst für Abszess gehalten, inzidiert und weisse breiige Massen daraus entleert. Es blieb eine am Boden völlig epidermisierte und fein behaarte seichte Delle zurück, darunter eine diffuse Anschwellung des Nasenrückens. Entfernung der Delle und der darunter liegenden Dermoidzyste, welche aussen oben die innere Fläche des Nasenbeins, innen oben die Knochenwände der Lamina perpendicularis und innen unten die Knorpelwände des Septums begrenzte und zwischen die Knochenlamellen der Lamina perpendicularis keilförmig eingedrungen war. Heilung.

Fall II. 20jähriger Jüngling. Die von einem Arzt vor 3 Jahren ausgeführte Operation eines bohnengrossen Tumors auf dem Nasenrücken hatte eine unregelmässige, mit der Unterlage fest verwachsene Narbe in der Mittellinie zurückgelassen und einen nadelkopfgrossen Fistelgang, ebenfalls in der Mittellinie, dicht oberhalb der Nasenspitze, aus dem spontan und bei Drücken Fettmassen, zuweilen mit Härchen gemischt, ausfliessen. Operation bestätigt die Diagnose Dermoidzyste.

Verf. hält nach seinen Erfahrungen und auch aus entwicklungsgeschichtlichen Gründen die Mittellinie des Nasenrückens und zwar eine Stelle zwischen den Nasenbeinen und der Nasenscheidewand, insbesondere zwischen den beiden Lamellen des vorderen oberen Randes der Lamina perpendicularis und des Scheidewandknorpels, für die Prädilektionsstelle der Dermoidzyste der äusseren Nase. Er erörtert die für die Diagnose Dermoidzyste charakteristischen Symptome.

Fall III. 9 Monate altes Mädchen. Grosse angeborene Geschwulst auf dem Nasenrücken, aus zwei Teilen bestehend, einem mit normaler Haut bedeckten diffusen Basalteil zwischen den nach aussen verdrängten inneren Augenwinkeln und einem in der Mitte dieses Basalteils etwas bräunlich verfärbten, ringsum mit seichten Furchen begrenzten, höckerigen, linsengrossen Spitzenteil. Es besteht ferner eine feste, aber membranöse Verwachsung des Septum mobile und der Nasenspitze mit der Oberlippe; Nasenhöhle, Nasenlöcher usw. aber sind gut ausgebildet. Operation; Kommunikation des Tumors mit der Nasenhöhle nicht nachgewiesen. Histologische Untersuchung lässt den Tumor als Teratoid und zwar mit Geweben der oberen Luftwege erscheinen. (Autoreferat.)

9) **George S. Reitter** (Indianapolis, Ind.). **Rhabdomyom der Nase. (Rhabdomyoma of the nose.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 1. Jan. 1921.*

Die starke Entstellung des Gesichts, die bei einem 14jährigen Mädchen durch das Rhabdomyom verursacht wurde, ging auch auf grosse Dosen Radium nicht zurück. Trotzdem glaubt R., dass dies bei Rhabdomyomen doch der Fall sein wird, wenn sich viel Bindegewebe vorfindet. FREUDENTHAL.

10) **Stuart Mudd, Alf. Goldman** und **S. B. Grant. Reaktionen der Nasenhöhle und des Postnasalraums auf Abkühlung der Körperoberfläche. (Reactions of the nasal cavity and postnasal space to chilling of the body surface.)** *The Journ. of Experim. Med. Bd. 34. No. 1.*

Frühere Untersuchungen der Verff. haben ergeben, dass Abkühlung der

Körperoberfläche reflektorische Gefässkonstriktionen und Ischämie in der Schleimhaut des Gaumens, der Gaumenmandeln und des Rachens herbeiführt. (Journ. med. Research, 1919.)

Die in vorliegender Arbeit niedergelegten Untersuchungen ergaben, dass Abkühlung der Körperoberfläche ausnahmslos ein Herabsinken der Temperatur der Oberfläche der Nasenschleimhaut zu Folge hat, die manchmal bis zu 6° C beträgt und die Folge reflektorischer Gefässverengung und verminderter Blutzufuhr ist. Ebenso wurde die Temperatur des Nasenrachenraums um 1—2° C herabgesetzt. Der Schwellenwert für den abkühlenden vasokonstriktorischen Reflex der Schleimhäute von Nase, Nasenrachenraum, Tonsille, Oropharynx und Gaumen erwies sich als niedriger als der für den gleichen Reflex auf der Stirnhaut. Wurde die warm eingewickelte Person in einen Raum gebracht, dessen Temperatur etwas unter gewöhnlicher Zimmertemperatur war, so trat deutliche Gefässkonstriktion in jenen Schleimhäuten ein, aber geringe oder gar keine an der Stirn. Bei den Versuchspersonen trat eine Anzahl von Erkältungen oder Halsentzündungen auf.

FINDER.

11) **Masachiyo Jida. Beitrag zur experimentellen Untersuchung über den Geruchssinn.** *Killian Festschr. d. Jap. oto-rhino-laryng. Ges. 1920.*

In früheren Arbeiten hat Verf. die Theorie von der „spezifischen Energie der Riechnerven" angenommen und kam auf Grund von Experimenten an Fröschen zu folgenden Ergebnissen:

Durch die Einwirkung fortdauernder starker Riechreizung können wir spezifische regressive Degenerationen an der Riechschleimhaut erzeugen und zwar beschränken sich die durch reine Riechstoffe erzeugten Degenerationen auf die Riechzellen selbst, während die stimulierenden Riechstoffe hauptsächlich die Stützzellen, aber gleichzeitig auch die Riechzellen und die Respirationsepithelien zerstören. Die durch Einwirkung fortdauernder starker Riechreizung erzeugten Veränderungen an dem Riechnervenapparate beschränken sich ausschliesslich auf den Endapparat. Man kann durch eine bestimmte Riechreizung regressive Degenerationen an den bestimmten Riechzellen erzeugen, d. h. die Riechzellen enthalten eine eigene „spezifische Energie". Die diese „spezifische Energie" enthaltenden Riechzellen liegen überall auf der Riechschleimhaut zerstreut, scheinen sich aber auch hier und da gruppenweise anzuordnen, dies jedoch nicht immer symmetrisch in beiden Nasenhöhlen.

Verf. hat nun an Rana esculenta Untersuchungen darüber angestellt, wie die eine „eigene spezifische Energie" enthaltenden Riechzellen angeordnet sind; als Riechstoff wählte er Kampfer und reizte mittels eines bestimmten Apparates anfangs intermittierend später jedoch fast dauernd während 26 Tage das Riechorgan des Versuchstieres. Es zeigte sich, dass bestimmte Riechzellen verändert werden, während sonstige Epithelien ganz normal aussehen. Verf. unterscheidet die Riechzellen wie folgt:

1. Es sind keine Degenerationen nachweisbar.

2. Die Kerne sind pyknotisch und schmutzig gefärbt, doch kann man noch deren granulierende Struktur erkennen.

3. Die infolge der Zerstörung des Chromatins homogen gewordenen Kerne sind pyknotisch gefärbt und deren Form und Grösse mehr oder weniger verändert.

4. Die ganz komogen und atrophisch veränderten Kerne nehmen polygonale oder dreieckige Formen an und sind durch den Farbstoff beinahe schwarz gefärbt.

Wenn die Riechzellen die unter 2 oder 3 aufgeführte Degeneration zeigen, sehen die darauf liegenden Stützzellen ganz normal aus; dazwischen lassen sich keine veränderten Riechzellen erkennen, zweifellos also steht die Wirkung des Kampfers in Beziehung zur Degeneration dieser Riechzellen, wogegen die nicht veränderten Zellen auf die Reizung mit Kampfer nicht reagieren.

Die Untersuchungen des Verf. bestätigen vollkommen die Aronsohnschen Experimente über die durch Ermüdung hervorgerufene vorübergehende partielle Anosmie. Verf. nimmt an, dass die als dritte und vierte Art angeführten Riechzellen auf Kampfer ganz besonders stark reagieren, d. h. eine für Kampfer „eigene spezifische Energie" enthalten und die als erste Art genannten von der Wirkung des Kampfers, wie Stützzellen, ganz unberührt bleiben. (Autoreferat.)

12) **Heyninx. Versuch einer Physiologie des Geruchs. (Essai d'olfaction physiologique.)** *Thèse présentée à la faculté de Bruxelles. L. Larcier. Editeur. Bruxelles.*

Das Endergebnis dieser wichtigen und interessanten Arbeit ist, dass Verf. behauptet, dass die Grundgerüche sich, wie die Farben, nach ihrer Wellenlänge einteilen lassen. Er verteidigt die These, dass der Geruch weder mechanisch durch Geruchspartikelchen noch chemisch, sondern physikalisch erregt wird durch intramolekuläre Schwingungen der Riechkörper, durch welche Wellen im Aether erzeugt werden so wie die Lichtwellen die Gesichtsempfindung hervorrufen. H. weist den Riechwellen einen Platz in der ultravioletten Region des Spektrums an.

Verf. sucht zunächst zu zeigen, dass alle Gerüche, um wahrgenommen werden zu können, uns in Gasform erreichen müssen. Die in Gasform die Riechschleimhaut treffenden Geruchsmoleküle wirken mittels ihrer intramolekulären Atomschwingungen; die Geruchsenergie ist eine Schwingungsenergie von bestimmter Wellenlänge und diese Wellenlänge ist stets dieselbe für dieselbe Geruchsart. Unter den vielen Beweisen, die Verf. für seine Theorie anführt, sind am wichtigsten die Beobachtungen über die Absorption der ultravioletten Strahlen des Spektrums durch die Riechkörper.

Ein Studium des Originals ist für alle. die sich für diese Frage interessieren, unerlässlich.

FINDER.

13) **Burger. Ein Fall höchstgradiger Aplasie der Innenorgane der Nase.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 378.*

B. beschreibt einen höchstgradigen Fall von Aplasie der Innenorgane der Nase, bei welchem fast das ganze Septum, die Muscheln und die mediale Wand des Siebbeinlabyrinths fehlen. Er glaubt, dass dies angeboren und nicht durch irgendwelche krankhaften Veränderungen hervorgerufen sei.

BRADT.

14) **George D. Wolf** (New York). **Rundzellensarkom des Vestibulum nasi. (Round cell sarcoma of the nasal vestibule.)** *Med. Record. 29. Jan. 1921.*

Maligne Tumoren der Nase werden häufig übersehen, weil so selten mikroskopische Untersuchungen an Polypen usw. gemacht werden. W.'s Fall betrifft

einen Mann von 47 Jahren, der seit 3 Jahren an Nasenverstopfung der linken Seite leidet. Diese ist ganz ausgefüllt mit einer rötlichen, weichen, leicht blutenden Masse, welche sich bis in den Nasenrachenraum erstreckt. Röntgenologisch erweisen sich alle Nebenhöhlen links fast vollständig mit dieser Neubildung ausgefüllt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Rundzellensarkom, das Resultat der Behandlung mit Radium wird nicht angegeben. FREUDENTHAL.

15) Lorrain. **Tumor der Nasenscheidewand: Tuberkulose und Epitheliom. (Tumeur de la cloison nasale: tuberculose et épithelioma.)** *Société Anatomique. 2. Juli 1921.*

Die Präparate stammen von einem in der Laurensschen Klinik vom Septum einer 45 jährigen Frau entfernten Tumor, die bis auf Nasenverstopfung sich vollkommen wohl fühlte. Der Tumor von der Grösse einer grossen Linse und von papillärem Aussehen ist gebildet aus entzündlichem Gewebe mit Tuberkeln, Riesenzellen mit Kochschen Bazillen. In diesem Gewebe befinden sich unregelmässige Schläuche von Pflasterepithel mit typischen Epithelperlen. FINDER.

16) S. Okonogi. **Beiträge zur Pathologie und Aetiologie der Septumpolypen mit Berücksichtigung der Pigmentkörnchenzellen der Nasenschleimhaut.** *Killian-Festschr. d. Jap oto-rhino-laryng. Ges. 1920.*

Verf. gibt die Geschichte von 7 Septumpolypen nebst den Resultaten der mikroskopischen Untersuchung. Er kommt zu folgenden Resultaten. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich histologisch um ein Granulom; nicht selten aber kann es ein Granuloma tuberculosum oder Granuloma teleangiectodes sein. Nur bei wenigen nicht blutenden Septumpolypen sieht man eine gewöhnliche ödematöse Hypertrophie der Schleimhaut. Die Pathogenese der Septumpolypen ist gewöhnlich entzündlicher Natur; dies wird durch ihren Bau wie auch durch die Tatsache bestätigt, dass in den meisten Fällen gleichzeitig Eiterungen der Nasenhöhlen vorhanden sind und die Prädilektionstelle in der überwiegenden Zahl der Fälle gerade gegenüber dem Ostium maxillare liegt. Fast stets hat Verf. im Gewebe Pigmentkörnchenzellen gefunden; auf Grund histologischer und mikrochemischer Untersuchung nimmt er an, dass das Pigment in solchen Fällen zum kleinsten Teil dem Blutderivat angehöre, zum grössten Teil eine Art Abnützungspigment sei. Was die Zelle, welches solches Pigment bei sich behält, anbetrifft, so hält Verf., nachdem er mittels der mikrochemischen Reaktionen Ganglienzellen, Histiozyten und Chromatophoren von einander differenziert hat, die letzteren für solche, welche man bis jetzt hauptsächlich in der Haut gesehen, aber noch niemals in der Nasenschleimhaut gefunden hat. (Autoreferat.)

17) B. Hirakawa. **Ueber den blutenden Nasenpolypen.** *Killian-Festschr. d. Jap. oto-rhino-laryng. Ges. 1920.*

Verf. hat zu seiner Studie ausser 3 eigenen Fällen die im Jahre 1900 von Hasslauer aus der Literatur zusammengestellten 67 Fälle verwendet. Er bezeichnet als „blutende Nasenpolypen" mehr oder weniger gestielte, nicht sehr grosse Tumoren in jedem Teil der Nasenhöhle mit glatter rötlicher Oberfläche und fleischartiger Konsistenz, bei denen häufig Blutungen aus der Tumoroberfläche stattfinden und deren histologische Struktur sie als Angiome oder angiomatöse Mischgeschwülste

erweist. Von seinen 3 Fällen war in 2 der Sitz der Polypen am locus Kiesselbach, im dritten am vorderen Ende der mittleren Muschel. Was die Histologie betrifft, so kommt Verf. zu folgenden Ansichten: Proliferation der Blutgefässe spielt in der Zusammensetzung des Tumors die Hauptrolle; Blutgefässe des Tumors haben am Basalteil des Tumors kontinuierliche Verbindungen mit dem Schwellkörper in der nächstliegenden gesunden Nasenschleimhaut; Drüsen wurden im Tumor überhaupt nicht, im dritten Fall aber in grosser Menge an der Uebergangsstelle von Tumor zur gesunden Schleimhaut gefunden; die Oberfläche des Tumors ist, wenn er sich in einer tiefen gut geschützten Stelle in der Nasenhöhle befindet, mit geschichtetem Flimmerepithel, in anderen Fällen mit Plattenepithel bekleidet und nicht selten nekrotisch zerfallen; Blutung findet dabei durch Verdrängungsprozess des Deckepithels durch oberflächlich liegende proliferierte Blutgefässe statt. Als Hauptursache für die Entstehung der blutenden Polypen kommt in Betracht eine Zirkulationsstörung als innere Ursache und ein auf die Schleimhaut ausgeübter Reiz als äussere Ursache.

OKADA.

18) **Griessmann** (Nürnberg). **Die temporäre Septumverlagerung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 16. S. 486. 1921.*

Die Methode lehnt sich an ein von J. Joseph zur Verlegung der Nasenspitze angegebenes Verfahren an und dient dazu, den Zugang zur lateralen Nasenwand perseptal zu erleichtern. Der Schnitt wird am vorderen oberen Rand des viereckigen Septumknorpels entlang geführt, so dass dieser in seinem vorderen Teil nach der Seite luxiert werden kann. Nachher werden die Wundränder durch Nähte wieder vereinigt, wobei darauf zu achten ist, dass keine Verlegung der Nasenspitze bewirkt wird, soweit dies nicht etwa nebenbei beabsichtigt ist.

KOTZ.

19) **Lombard** und **Le Mée. Die Oberkieferhöhle.** *Revue de Laryng. Dez. 1920.*

Die Verff. haben auf radioskopischem Wege die Drainierungsverhältnisse der Kieferhöhle nach der Operation studiert. Das Antrum wurde mit Witmutpaste gefüllt, die man nach einiger Zeit wieder herausfliessen liess. Röntgenuntersuchung zeigte, wo die Entleerung der Höhle unvollkommen war. Es ergab sich, dass der vordere Winkel der Höhle zwischen nasaler, bukkaler und palatinaler Wand den wichtigsten „toten Raum" darstellt und dass die Drainage dieses Raums nur in genügender Weise bewerkstelligt werden kann durch eine Operation, bei welcher der vordere Winkel fortgenommen wird. Die von dem Verf. beschriebene Operation unterscheidet sich von der Denkerschen nur dadurch, dass von der vorderen Wand und der unteren Muschel weniger fortgenommen wird.

FINDER.

20) **Ino Kubo. Schleimdrüsenzyste des Oberkiefers.** *Killian-Festschr. d. Jap. oto-rhino-laryng. Ges. 1920.*

Verf. hat bei 6 Patienten 8 Fälle eine Zyste feststellen können, die der Zahnzyste des Oberkiefers sehr ähnlich ist und wahrscheinlich oft mit ihr verwechselt wird. Sie hat mit dieser gemeinsam, dass sie sich als rundliche Vortreibung in der Gegend der Fossa canina am Anfangsteil der Nasolabialfurche und als rundliche Vortreibung im vorderen Teil des unteren Nasengangs darstellt und schmerzlos und von chronischem Verlauf ist. Die Eigentümlichkeiten der Schleim-

drüsenzyste sind: Sie zeigt kein Pergamentknittern, sondern fühlt sich weich, elastisch, fluktuierend an, die Vorwölbung in der Nase liegt weiter nach vorn als bei der Zahnzyste, sie sitzt immer ausserhalb des Oberkieferknochens, die untere Kante der Apertura pyriformis wird durch den Druck des Tumors usuriert und stark abgeflacht, wie man durch Röntgenphotographie feststellen kann. Der Zysteninhalt ist zäh, schleimig, gewöhnlich gelblich, gelbgrün oder milchigweiss; der Hauptbestandteil ist Muzin. Die Innenwand des Sackes ist kontinuierlich oder streckenweise mit kubischem Epithel bekleidet und in der Umgebung finden sich gesunde Schleimdrüsen. Nach ungenügender Operation kommt Rezidiv vor; die Zyste findet sich meist bei Frauen (1 Mann unter 6 Patienten) und rechtsseitig (links nur bei doppelseitigen Fällen) vor. Das Alter der Kranken war vom 23. bis 55. Lebensjahr.

Die Radikaloperation geschieht vom Munde aus, wie bei der Kieferhöhlenoperation; nach totaler Ausrottung der Zyste ist die Heilung glatt und sicher.

(Autoreferat.)

21) **Blomke. Zur Behandlung der Orbitalphlegmone.** Verein f. wissenschaftl. Heilk. zu Königsberg i. Pr., Sitzung v. 10. Febr. 1919. *Berl. klin. Wochenschr. No. 26. S. 623. 1919.*

B. empfiehlt bei leichteren Fällen von Orbitalphlegmone dem Eiter in der Orbita durch Ausräumung der Siebbeinzellen nach der Nase zu Abfluss zu verschaffen. Der Erfolg der Behandlungsmethode wird an Abbildungen demonstriert. In der anschliessenden Diskussion bezweifelt Birch-Hirschfeld, dass es sich in den demonstrierten Fällen um wirkliche Orbitalphlegmonen gehandelt hat. In schweren dürfte der angegebene Weg nicht zum Ziele führen, sondern Eröffnung des periostalen Eiterherdes erforderlich sein.

R. HOFFMANN.

22) **Ferdinand M. Böhm** (Prag). **84 Fälle von Dakryozystorhinostomie nach Toti.** Aus d. deutschen Univ.-Augenklinik Prag. *Klin. Monatsbl. f. Augenhk. Bd. 66. S. 454. 1921.*

Die 84 Fälle von Totischer Operation wurden während der Jahre 1914 bis 1920 operiert. Eine Reihe hatten schwere Veränderungen des Naseninnern aufzuweisen, darunter 3 Siebbeinzellenkatarrhe, 10 Fälle von Empyem derselben, 1 kompliziert mit Stirnhöhlenempyem, 1 Oberkieferhöhlenempyem usw.

B. kommt zum Schluss: Wir besitzen in der Totischen Operation eine Methode, die es uns ermöglicht, in nahezu allen Fällen die Tränensackeiterung zum Ausheilen zu bringen.

Ferner gelingt es in nahezu allen Fällen den Bindehautsack ohne besondere Desinfektionsmethoden keimfrei zu machen.

In vielen Fällen sind wir imstande, eine freie Durchgängigkeit der Tränen in die Nase zu erzielen, die der normalen gleichkommt. Wir haben also keine Ursache, die Operation nach Toti aufzugeben.

DREYFUSS.

23) **v. Gyergyay. Anwendung eines neuen Verfahrens zur Feststellung der physiologischen Erscheinungen seitens des Nasenrachens, der hinteren Nase und der Ohrtrompetenöffnungen (Empfindlichkeit, Reflexerregbarkeit und Lokalisationsfähigkeit) und die Verwendung des Resultats in der Praxis.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 353.*

Mit Hilfe seines Verfahrens der direkten Untersuchung des Nasenrachen-

raums hat G. die Physiologie des Nasenrachens geprüft. Er hat gefunden, dass man an den meisten Teilen des Nasenrachens die direkten Empfindungen von den Reflexempfindungen, die an ein und derselben Stelle ausgelöst werden, unterscheiden muss. Die ersteren Empfindungen können stärker oder schwächer sein und den einzelnen Gegenden entsprechend verschiedene Lokalempfindungen erzeugen. Die Empfindung des Würgreflexes ist selbst in dem Falle, wenn es zu keiner tatsächlichen Reflexbewegung gekommen ist, immer eine starke Empfindung und lokalisiert sich, woher sie auch immer ausgelöst wird, stets unter das Zäpfchen in die Gegend der Zungenwurzel, des Kehlkopfes. Zuweilen löst auch ein kleiner Reiz so schnell Uebelkeitsempfindung aus, dass diese die Empfindung, als auch ihre Lokalisation unterdrückt. Dieser Fall kommt besonders bei der Berührung der hinteren Rachenoberfläche und des Fornix häufig vor. Auch von anderen Gebieten des Rachens sind Würgreflexe auslösbar; da sie jedoch gewöhnlich erst nach längerer Reizeinwirkung erscheinen, sind die beiden Empfindungen verhältnismässig leicht von einander zu unterscheiden, sowohl bezüglich der Intensität, als auch in Hinsicht auf die Lokalisierung. Für die Praxis ergeben sich daher folgende Resultate: Das Einführen des Kokainführers, des Weichgaumenhakens usw. verursacht am wenigsten Unannehmlichkeit, wenn wir sie an der hinteren Oberfläche des weichen Gaumens hingleiten lassen, dabei darauf achtend, dass wir die Gegend des Torus, M. lev. und Sulcus salpingo-pharyngeus, besonders aber die hintere Rachenwand nicht berühren, das Rachendach nicht drücken. Den Pinselhaken lassen wir, erst wenn er drinnen im Nasenrachen ist, vorsichtig auf die hintere Wand und das Dach sich legen, so wie sich auch der weiche Gaumen darauf legt. Die Entfernung des Instruments geschehe in der gleichen Weise, nur in umgekehrter Reihenfolge. Den Kranken fordern wir auf, er soll sich bemühen, die ganze Zeit hindurch durch die Nase zu atmen oder sich vorzustellen, er wolle etwas riechen. In diesem Falle pflegt kein Würgen vorzukommen, und das Bepinseln oder die Einführung des Instruments ist so am wenigsten unangenehm.

BRADT.

24) **Paget Lapage. Ueber chronische Nasenracheninfektion, chronische Toxämie und Herzschwäche bei Kindern. (On chronic nasopharyngeal infection, chronic toxaemia and distressed heart in children.)** *Brit. med. Journ. 2. Juli 1921.*

Es ist des Verf. Absicht, zu zeigen, dass chronische Infektion des Nasenrachens einen der wichtigsten Herde darstellt für die Entstehung von Toxinen, durch welche beim Kind eine chronische Herabsetzung der Gesundheit verursacht wird. Die Nasenracheninfektion kann durch verschiedene Mikroorganismen hervorgerufen werden; eine besonders hervorragende Rolle spielt der Influenzabazillus, der oft als anfängliches infektiöses Agens wirkt, wenn er auch nicht im Nasenrachenraum verbleibt. Diese Toxämie führt oft zu Herzveränderungen und wenn es sich hierbei auch um solche an den Klappen handelt, so sind sie doch ganz verschieden von den Klappenfehlern, d. h. sie sind oft mehr von der Natur nervöser Irritation, als von entzündlichen Affektionen. Diese Fälle erfordern sowohl besondere diagnostische Methoden wie eine besondere Art der Behandlung.

FINDER.

25) **Bleyl** (Nordhausen). **Ein Beitrag zur Tuberkulombildung des Nasenrachenraumes.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkd. Bd. 81. S. 81.*

Verf. stellt die wenigen in der Literatur zu findenden Fälle zusammen und berichtet über einen eigenen, bei dem es sich um eine kleinapfelgrosse, vom hinteren Rand der rechten mittleren Muschel ausgehende Geschwulst handelte.

KOTZ.

26) **Otis Orendorf** (Canon City, Colo.). **Fremdkörper im Nasenrachenraum. (Foreign body in nasopharynx.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 13. Nov. 1920.*

Bei einem 13jährigen Knaben, der wegen adenoider Wucherungen operiert wurde, fand O. anstatt der erwarteten Wucherungen eine Masse Wachs, wie es im Kaugummi verwendet wird. Es stellte sich dann heraus, dass der Knabe grosse Mengen von Kaugummi verbrauchte und häufig zu Bett ging mit einem solchen Stück im Munde. Wahrscheinlich schlüpfte es während des Schlafes in den Nasenrachenraum.

FREUDENTHAL.

27) **Zimmermann. Drei Steckschüsse in den Wandungen des Nasenrachenraumes und der permaxillare Operationsweg.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 332.*

Z. berichtet über drei Fälle von Steckschüssen, die in den Wandungen des Nasenrachenraums stecken geblieben waren und wegen der erheblichen ausgelösten Beschwerden operativ entfernt werden mussten. Die Entfernung wurde vorgenommen mit Hilfe der Denkerschen permaxillaren Operation durch die Kieferhöhle hindurch. In allen Fällen wurde gleichzeitig die Kieferhöhle radikal operiert. Die Entfernung gelang in allen drei Fällen. Es kam zur völligen Ausheilung der durch das Geschoss nachweislich in Mitleidenschaft gezogenen Nebenhöhlen.

BRADT.

28) **Maier** (Frankfurt a. M.). **Ueber eine Pilzerkrankung der Rachenmandel.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 81. S. 115.*

Histologischer Zufallsbefund an der Rachenmandel einer 30jährigen Pat. Die verschiedenen Färbungsmethoden — am brauchbarsten erwies sich die nach Mallory — liessen deutlich das Vorhandensein von Trichomyzeten erkennen. Ob es sich um Streptothrix oder Aktinomyzes handelte, liess sich nicht sicher entscheiden.

KOTZ.

c) Mundrachenhöhle.

29) **Huber** (München). **Die Zunahme der Stomatitis mercurialis nach dem Kriege.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. S. 393. 1921.*

Die ausserordentliche Zunahme dieser Quecksilberschädigung ist zurückzuführen auf die durch die Ernährungsschwierigkeiten der letzten Jahre bedingte Abnahme der Widerstandsfähigkeit gegenüber dem merkuriellen Gefässgift.

KOTZ.

30) **Holler** (Marburg). **Ueber Entstehungsart und Bedeutung des sog. „Mundhöhlengeräusches" (orales pulsatorisches Atmungsgeräusch).** *Zentralbl. für innere Med. No. 18. 1921.*

Bei dem sogen. Mundhöhlengeräusch handelt es sich um ein Geräusch, das stets in den Atmungswegen entsteht (meist grosser Bronchus oder Trachea). Auslösende Ursache ist die stossweise erfolgende Verstärkung des Luftstromes in der Luftröhre durch Pulsation der Aorta und des Herzens.

SEIFERT.

31) **Reiche. Mikuliczsche Krankheit.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung vom 4. März 1918. *Berl. klin. Wochenschr. No. 28. S. 666. 1919.*

Fall von Mikuliczscher Krankheit bei einem 14jährigen Mädchen mit den charakteristischen Schwellungen der Parotis, Sublingualis, Submaxillaris und Tränendrüsen, weiter aber einem Milztumor, sowie einer Leukopenie von 800 bis 2000 Leukozyten (darunter 90 pCt. Lymphozyten, und zwar 72,5 pCt. kleine), ein Beweis nach R. für die Auffassung, dass die Mikuliczsche Krankheit keine Affektion sui generis ist, sondern ein Symptomenkomplex.

Die bisher nur auf einer Seite vorgenommene Röntgenbehandlung, welche wegen der Leukopenie sehr vorsichtig, unter Kontrolle des Blutbildes, erfolgen musste, erzielte einen deutlichen Rückgang der Schwellungen gegenüber der unbehandelten Seite. R. HOFFMANN.

32) **Martin Calderin. Prälaryngeale Zyste des Ductus thyreo-glossus. (Quiste pre-laringeo del tractus tireogloso.)** *Revista Espanola de Laringologio etc. No. 2. 1921.*

12jähriger Knabe, bemerkt seit 2 Jahren in der Medianlinie des Halses eine etwa über getreidekorngrosse Anschwellung in Höhe des Schildknorpels, die den Bewegungen des Larynx beim Schlucken folgt; die anfangs etwas schmerzhafte, später völlig indolente Anschwellung nahm allmählich Taubeneigrösse an. Die Geschwulst war unter der Haut beweglich, über den tieferen Gewebsschichten adhärent. Verf. beschreibt die Operation. FINDER.

33) **Fischer** (Teplitz-Schönau). **Ueber die Behandlung der fusospirillären Rachenerkrankungen mit Methylenblausilber.** *Med. Klinik. No. 20. 1921.*

Zur Behandlung der Angina Plaut-Vincent wird Argochrom empfohlen, das in 2proz. Glyzerinlösung mit einem Wattepinsel (Jodpinsel) auf die erkrankte Stelle appliziert wird. SEIFERT.

34) **Halle. Defekte des harten und weichen Gaumens.** Berl. med. Ges., Sitzung v. 3. März 1920. *Deutsche med. Wochenschr. No. 12. S. 333. 1920.*

Zur Deckung wurde zumeist die Haut aus der Gegend der einen oder beider Nasolabialfalten verwandt. R. HOFFMANN.

35) **Négrié Ueber einen Fall von Mischgeschwulst des Gaumengewölbes. (Sur un cas de tumeur mixte de la voute palatine.)** *Paris Médical. 18. Juni 1921.*

Der Tumor machte sich zuerst vor 12 Jahren bemerkbar als stecknadelkopfgrosse Anschwellung, wuchs sehr langsam, in den letzten 3 Jahren war das Wachstum sehr rapid. Zurzeit besteht ein blumenkohlförmiger Tumor, der vom linken ersten Prämolaren bis zum Weisheitszahn reicht: er ist von roter Farbe und höckerig, nicht abgekapselt, er ist mit der darunter liegenden Schleimhaut durch einen ganz kurzen Stiel verbunden und sehr verschieblich. Hebt man ihn auf, so sieht man eine Depression der Schleimhaut des harten Gaumens. Keine Drüsen. Die klinische Diagnose lautete auf Papillom; die anatomische Untersuchung ergab ein Fibrochondroepitheliom. FINDER.

36) **Ed. Schulz** (Schreiberhau). **Tonsillitis chron. als Ursache einer Mischinfektion bei einem Fall von Lungentuberkulose.** *Beitr. z. Kl. d. Tub. Bd. 47. H. 1. 1921.*

Fall von Lungentuberkulose mit Temperaturen bis 39,2; die hohen Temperaturen waren durch den Lungenbefund allein nicht erklärbar. Untersuchung des Rachens ergab einen weisslichen Belag, „wie Mandelpfröpfe", auf der nicht vergrösserten rechten Tonsille. Untersuchung ergab Diplo- und Pneumokokken und viel Staphylokokken. Trotz Schlitzung der Tonsillen und Eukupinauswaschungen war weiter im Ausstrich Reinkultur von Staphylokokken vorhanden. Nach Tonsillektomie schwanden die Kokken im Auswurf und auch die Erscheinungen der Mischinfektion gingen zurück.

FINDER.

37) **Schöning** (Giessen). **Ueber Pulsionsdivertikel des Hypopharynx und ihre Behandlung.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 81. S. 1.*

Die sehr ausführliche Arbeit bietet einen Ueberblick über die Entwicklung und den jetzigen Stand unserer Kenntnisse des Divertikels. Weitaus am häufigsten haben sie ihren Sitz an der Grenze zwischen Oesophagus und Hypopharynx. An dieser Stelle, die durch ihre physiologische Enge dem durchgehenden Bissen schon normalerweise einen gewissen Widerstand entgegensetzt, sind die anatomischen Verhältnisse für das Zustandekommen einer Wandausstülpung besonders günstig (Laimersches Dreieck, Widerstand des verknöcherten Kehlkopfes). Kongenitale Anlagen werden dabei eine Rolle spielen. Als auslösendes Moment kommt hastiges Essen, schlechtes Gebiss, das das Zerkleinern der Speisen erschwert, und eventuell Trauma von aussen in Betracht. Der Rauminhalt der Divertikel schwankt zwischen dem einer Nuss und 250 ccm.

Für die Diagnose ist der Befund von schaumig blasigem Schleim im Sinus piriformis wichtig. Findet er sich einseitig, so darf daraus geschlossen werden, dass das Divertikel auf dieser Seite sitzt. Die wichtigsten Hilfsmittel für die Diagnose sind Röntgendurchleuchtung und Oesophagoskopie. Wenn auch letztere viel Uebung, Erfahrung und Sorgfalt erfordert, so darf sie deshalb keinesfalls abgelehnt werden, zumal sie in der Hand des Geübten sicher weniger gefährlich ist als die Sondierung.

Bei der Behandlung kommen konservative Methoden kaum in Betracht. Verf. bringt eine Zusammenstellung von 100 bisher operierten Fällen, worunter sich einige neue der Eickenschen Klinik befinden, deren ausführliche Krankengeschichten beigefügt sind. Nach Erörterung alles Für und Wider kommt Verf. zu dem Ergebnis, dass die Goldmannsche Operationsmethode, wobei der Divertikelsack abgebunden und so zur Nekrotisierung gebracht wird, heute als die beste gelten muss.

KOTZ.

38) **Durante S. González** (Buenos Aires). **Teratom des Rachens. (Teratoma de la faringe.)** *Revista Espanola de Laringologia etc. No. 2. 1921.*

41jähriger Mann; seit 3 Jahren Schluckbeschwerden und veränderte Stimme. Die rechte Regio submaxillaris etwas geschwollen. Bei der Inspektion des Rachens sieht man auf der rechten Seite der hinteren Rachenwand einen Tumor hervorragen, der vom Gaumensegel bis zur Zungenbasis herabreicht; Uvula, rechte Seite

des Gaumensegels und die Gaumenbögen derselben Seite liegen dem Tumor dicht an. Die ihn bedeckende Schleimhaut ist normal, nach vorn und unten von einigen Gefässen durchzogen. Bei der Palpation stellt sich der Tumor als runde, glatte, eiförmige, hart-elastische Geschwulst dar; keine Infiltration der Umgebung. Der linke seitliche Rand der Geschwulst ist 2—3 cm von der seitlichen Rachenwand entfernt, der untere Pol $1^1/_2$—2 cm von den Aryknorpeln, der obere Pol liegt in Höhe des harten Gaumens, rechts reicht er bis an die seitlichen Rachenwand. Der Tumor ist in vertikaler Richtung unbeweglich, in transversaler Richtung verschieblich. Der Tumor wurde durch Operation von aussen retropharyngeal entfernt; er erwies sich als völlig abgekapselt. Heilung. Die Hauptmasse des Tumors bestand aus Bindegewebe mit Stellen myxomatösen Gewebes und zahlreichen Pigmentzellen. Da sich bei der Operation herausgestellt hatte, dass vom oberen und unteren Pol der Geschwulst je ein Strang ausging und der untere Strang, der wie ein Nerv aussah, sich nach oben zu einer ganglionartigen Anschwellung verbreiterte, so war die Vermutung entstanden, es handele sich um ein abgekapseltes Neurom des Sympathikusganglion, es wurde auf Nervenelemente untersucht und die Untersuchung ergab in der Tat zahlreiche Nervenzellen vom Gangliontypus, ausserdem aber glatte Muskelfasern, Drüsen und nicht differenziertes embryonales Gewebe, neugebildete Gefässe, ferner Knorpelzellen und Neurogliazellen. Es wurde die histologische Diagnose auf Teratom gestellt.

FINDER.

d) Diphtherie und Croup.

39) A. R. Fraser und A. G. B. Duncan. **Die Behandlung der Diphtherieträger mit entgifteter Klebs-Löffler-Vakzine. (The treatment of diphteria carriers with detoxicated Klebs-Löffler vaccine.)** *Lancet. p. 994. 1920.*

Verff. kommen zu dem Ergebnis, dass dasjenige, was die Chronizität der Bazillenträger ausmacht, noch nicht klar ist. Die Behandlung der Träger ist die aussichtsvollste Form der Prophylaxe. Vakzine ist die Methode, von der man sich die meiste Wirkung bei Rekonvaleszenten und Bazillenträgern versprechen kann. Antitoxin schützt nur vor dem durch die lebenden Klebs-Löfflerschen Bazillen in den Geweben produzierten Toxin. Die Vakzine verhütet das Wachstum und Leben der Bazillen. Bei Diphtherie sollte beides — Vakzine und Antitoxin — gegeben werden. Der Vorteil der Dosierung bei Anwendung der entgifteten Vakzine darf nicht übersehen werden.

FINDER.

40) R. Kraus und A. Sordelli (Buenos Aires). **Experimentelles zur Frage der Heilwirkung des normalen Pferdeserums bei der Diphtherie.** *Zeitschr. für Immunitätsforsch. Bd. 31. H. 2. 1921.*

In dem seit den Veröffentlichungen Bingels nicht ruhenden Streit über die Heilwirkung normalen Pferdeserums bei Diphtherie suchen Verff. durch ihre experimentellen Untersuchungen Klärung zu bringen. Die Versuche ergaben die Neutralisierbarkeit des Diphtherietoxins im kranken Organismus mittels normalen antitoxinhaltigen Pferdeserums wie durch das Immunantitoxin. Dadurch wird aber im Prinzip nichts an der Behringschen Serumtherapie geändert; denn das normale Pferdeserum müsste, selbst wenn man Serum von alten Pferden anwenden

würde, literweise injiziert werden, um 1000 Einheiten Heildosis anzuwenden. Es liegt kein Grund vor, die Immunantitoxintherapie der Diphtherie durch Antitoxin des normalen Pferdeserums zu ersetzen. FINDER.

41) **Karl Klein** (Köln). **Ein neuer Diphtherienährboden.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 10. S. 297. 1920.*

Dem Löfflerschen Nährboden haften wesentliche Nachteile an: er ist nicht sicher sterilisierbar, nicht klar durchsichtig, nicht giessbar und wird von manchen Keimen verflüssigt. K. empfiehlt einen Nährboden, der diese Nachteile vermeidet, auch haltbar und sparsam im Serumgebrauch ist. Die Sterilisierbarkeit wird erreicht durch Zusatz von alkalischem Serum; um den Nährboden fest zu machen und das Bakterienwachstum zu fördern, wird Nähragar zugesetzt. Zur Herstellung des Nährbodens werden 9 Teile Serum mit 1 Teil offizineller Natronlauge 2 Tage lang bei 37° gehalten, das Gemisch wird mit Salzsäure neutralisiert, mit 4 Teilen Nähragar versetzt und bei 105° eine halbe Stunde lang erhitzt. R. HOFFMANN.

42) **Opitz. Zur Frage der aktiven Immunisierung gegen Diphtherie.** Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur zu Breslau, med. Sektion, Sitzung vom 7. Nov. 1919. *Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. S. 42. 1920.*

Versuche mit v. Behringschen unterneutralisierten Toxin-Antitoxingemischen und reinen Toxinverdünnungen in Form von intrakutanen Injektionen bei einer Reihe von Kindern. Es ergab sich, dass bei beiden Methoden Antitoxin produziert wird, z. T. in recht erheblichen Massen, die Resultate sind annähernd gleich.

Trotz Anwendung sehr konzentrierten Toxins gelang es jedoch nicht, in allen Fällen so starke Lokalreaktion zu erzielen wie mit der v. Behringschen Vakzine. Der Ablauf der Reaktionen war in beiden Fällen gleich. Allgemeinreaktion und Schädigungen wurden nicht beobachtet.

Neben den eigentlichen immunisierenden Toxininjektionen wurden gleichzeitig an denselben Kindern noch Injektionen der gleichen Konzentration nach 10 Minuten langem Kochen vorgenommen, um festzustellen, welcher Anteil der Toxinkomponente am Zustandekommen dieser Reaktion zuzuschreiben ist. Nur in 50 pCt. war ein solcher nachweisbar. Es kam trotzdem in allen Fällen zur Antikörperproduktion. Ob eine solche auch mit einer Giftkonzentration zu erzielen ist, die dem im v. Behringschen Mittel vorhandenen Toxinüberschuss entspricht, erscheint nicht wahrscheinlich. Weitere Versuche sollen in dieser Hinsicht angestellt werden. R. HOFFMANN.

43) **A. L. Heyne** (Chicago, Ill.). **Larynxdiphtherie. (Laryngeal diphtheria.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 7. Mai 1921.*

Die Intubation des Larynx ist eine Methode, die erlernt werden muss, wenn man damit Erfolg haben will. In manchen Hospitälern, in denen die Assistenzärzte häufig wechseln, variiert die Mortalität zwischen 50 und 70 pCt. Als Verf. seinen Dienst im Chicago Municipal Hospital im Jahre 1919 antrat, war die Mortalität 50,4 pCt. Durch geeignete Massnahmen wurde dieselbe bis auf 15,6 pCt. reduziert. Einige der vom Verf. eingeführten Neuerungen sind empfehlenswert. An das geräumige Intubationszimmer schliesst sich ein kleinerer Isolierraum an,

dessen Tür aus Glas hergestellt ist, um den Pat. beständig beobachten zu können. Die Haupthalle ist gleichfalls sehr geräumig, ist an 2 Seiten ihrer ganzen Länge nach aus Glas. Auf einer Seite sind Fenster von aussen angebracht, so dass die Eltern einen Einblick in das Innere bekommen können. Eine Infektion ist auf diese Weise ausgeschlossen. Ferner ist ein Glockensystem angebracht, so dass die Glocke durch den Druck auf einen Knopf im ganzen Hause gehört wird. Auf dieses Zeichen hin begibt sich jeder diensthabende Arzt schleunigst in das Intubationszimmer, und wer zuerst erscheint, intubiert, extubiert oder reintubiert, je nach dem Bedürfnis.

Tritt Exitus in solchen Fällen ein, so geschieht es infolge von Asphyxie oder durch eine Komplikation mit Bronchopneumonie. Sehr grosse Gaben von Antitoxin sind daher nicht indiziert. Den Haupterfolg seiner Tätigkeit schreibt Verf. dem Umstande zu, dass die Assistenzärzte „permanent" angestellt sind (d. h. wohl auf lange Zeit. Ref.), und dass die Wärterinnen gut geschult sind. Ein Wechsel der Aerzte bringt fast gewöhnlich höhere Mortalität hervor.

FREUDENTHAL.

eI) Kehlkopf und Luftröhre.

44) **Fabry** (Heidelberg). **Klinische Beiträge zur Frage der Rekurrenslähmungen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 81. S. 47.*

Verf. bringt eine Anzahl ausführlicher Krankengeschichten. Er teilt seine Fälle folgendermassen ein:

1. Kombinierte, zentral und peripher bedingte Lähmungen. 2. Periphere Lähmungen. 3. Traumatische Lähmungen. 4. Lähmungen bei Lues. 5. Lähmungen bei Struma. 6. Lähmungen im Zusammenhang mit Strumaoperation. 7. Lähmungen bei Aortenaneurysmen und Aortitis. 8. Lähmungen bei Oesophagustumoren. 9. Lähmungen bei Lungentuberkulose. 10. Lähmungen unklarer Aetiologie.

Im Schlusswort weist er darauf hin, dass häufig am Rekurrens das erste Symptom einer schweren Allgemeinerkrankung sich zeigt (Lues, Tuberkulose, Tumoren). Unklare Fälle solcher Art sind mit aller erdenklichen Sorgfalt durchzuuntersuchen und immerfort zu beobachten. Frische Stimmstörungen gleichen sich im Laufe der Zeit oft völlig aus, dadurch, dass das gesunde Stimmband über die Mittellinie hinauszutreten lernt. In diesem Stadium ist eine lokale unterstützende Therapie anzuwenden, am besten in Form von harmonischer Vibrationsmassage nach Gutzmann. Von elektrischer Behandlung hält Verf. wenig. Bleibt der spontane Ausgleich aus, so kommen Paraffininjektionen nach Brünings, eventuell auch Plastik nach Payr in Frage.

KOTZ.

45) **F. Lasagna. Die Kehlkopfaffektionen bei der Encephalitis lethargica. (Le lesioni laringee nella encefalite letargica.)** *Arch. Ital. di Otologia. Bd. 32. H. 3. 1921.*

Von 32 Fällen, die Verf. Gelegenheit hatte, zu untersuchen, boten nur fünf Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfes dar und bei zwei davon konnte auch der anatomisch-pathologische Befund erhoben werden. Es stellt sich heraus, dass klinische Symptome und anatomisch-pathologische Veränderungen von Seiten des

Kehlkopfes bei Encephalitis lethargica häufiger sind, als man vorher geglaubt hatte. In den meisten Fällen fand sich Trägheit der Stimmlippenbewegungen bei der Phonation; Verf. führt diese Erscheinung zurück auf zerebrale Veränderungen, die charakterisiert sind durch Sinusthrombosen in einigen Fällen, durch kleinzellige Infiltration um die Hirnvenen und die Venen der Pia, durch Einwirkung der Toxine auf das Gehirn im ganzen.

Die in einigen Fällen konstatierten Paresen der Stimmlippen, die gewöhnlich einseitig sind, müssen als Folge von durch die Toxine hervorgerufenen entzündlichen Erscheinungen im peripheren Verlauf des Nerven aufgefasst werden, und zwar stellen sie sich pathologisch-anatomisch dar als Lymphozyteninfiltration in dem Bindegewebe zwischen den Nervenfasern. Dagegen sind die vollständigen Rekurrenslähmungen zurückzuführen auf Läsionen des bulbären Zentrums und des Nerven, es findet sich Chromatolyse der Zellen, Degeneration der Neuronen, Infiltration längs des Nerven und um seine Venen. CALAMIDA.

46) **Hans Schmidt. Kehlkopfgangrän als Röntgenspätschädigung.** Aus d. path. Inst. Erlangen. *Virchows Arch. Bd. 231. S. 557. 1921.*

Bei einem Manne wurden wegen einer Sykosis März 1919 in einer Sitzung beide Gesichtshälften von der Höhe der Augen bis zum Schlüsselbein hintereinander bestrahlt (0,5 Zinkfilter, harte Strahlen bei 30 cm Abstand unter Verabreichung der Hauteinheitsdosis).

Unmittelbar nach der Bestrahlung klagte Pat. über Trockenheit im Halse, in der nächsten Zeit Schluckbeschwerden und Heiserkeit. Mitte November nach vorübergehender Besserung Zunahme der Beschwerden; später Stridor. Laryngoskopisch: Epiglottis geschwollen, die linke Seite mit grauem Belag bedeckt, ebenso die linke aryepiglottische Falte und das linke Taschenband. Das linke Stimmband ist dadurch verdeckt. Die rechte Seite ist normal. Im Abstrich keine Diphtheriebazillen.

Am nächsten Tage Tracheotomie notwendig. Zunahme der Schwellung, Ausstossung von Knorpelstückchen. Infolge Unmöglichkeit zu schlucken, später Gastrostomie. Exitus Januar 1920, 10 Monate nach der Bestrahlung. Die elf Stunden p. m. vorgenommene Sektion ergab eine weitgehende Gangrän des Kehlkopfes und Hypopharynx; alles war eine grüne Fäulnismasse. — Die Glandulae sublinguales und submaxillares sind klein, derb, auf Schnitt grauweiss.

DREYFUSS.

47) **N. Rh. Blegvad** (Kopenhagen). **Behandlung der Larynxtuberkulose mit universellen Kohlenbogenlichtbädern.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. S. 621. 1920.*

Im Oeresundhospital, dem Tuberkulosehospital Kopenhagens, wurden in den letzten $2^1/_2$ Jahren gegen die Larynxtuberkulose universelle Kohlenbogenlichtbäder verwandt.

Wegen Platzmangels mussten die meisten der Patienten kürzere oder längere Zeit ambulant behandelt werden unter oft ungünstigen äusseren Verhältnissen, so dass sich ihr Allgemeinzustand nicht so gut besserte wie ihre Larynxtuberkulose. Fast alle behandelten Fälle hatten eine bedeutende Lungentuberkulose (III. Stadium nach Turbans Schema).

Es wurden im ganzen 74 Fälle behandelt. Bei 17 ist Heilung eingetreten, bei 14 davon ist die Heilung eine vollständige, während bei dreien noch etwas Röte der Schleimhaut oder dergleichen übrig ist, aber es finden sich keine Zeichen aktiver Tuberkulose mehr.

Bei 35 zeigte sich eine Besserung des Kehlkopfbefundes, die bei 16 bedeutend war, bei 19 weniger bedeutend, aber unzweifelhaft. Bei 6 Patienten war keine besondere Veränderung zu spüren und bei 16 schritt die Larynxtuberkulose trotz der Behandlung fort. Verschiedene der 74 Patienten sind noch in Behandlung, um das gewonnene Resultat zu sichern und zu verbessern. Bei den meisten der zuerst behandelten Fälle wurde nur Lichttherapie verwandt, bei vielen der später behandelten sind gleichzeitig lokale Eingriffe vorgenommen worden (galvanokaustischer Tiefenstich bei grösseren Infiltraten, Amputatio epiglottidis, Entfernung von Infiltraten mit Doppelkurette, Milchsäureätzungen). Es wurden dadurch die Resultate bedeutend verbessert.

Die Wirkung der Lichtbäder ist am promptesten bei Ulzerationen, bei der ödematösen Schwellung der Regio arytaenoidea — bei dieser Form Schweigen besonders notwendig —. Auch nicht zu grosse Infiltrate können günstig beeinflusst werden. Ausgezeichnet wirkt die Lichtbehandlung auf die Schmerzen, welche so oft die Larynxtuberkulose begleiten.

Besserung der Larynxtuberkulose und solche der Lungentuberkulose fallen nicht immer zusammen, vielmehr wurde mehrfach bobachtet, dass der Larynx ausheilte, während die Lungentuberkulose Fortschritte machte, ja zum Tode führte. Aber auch das umgekehrte kam vor, dass der Allgemeinzustand sich besserte, während die Larynxtuberkulose von den Lichtbädern nicht beeinflusst wurde oder sich verschlimmerte.

Das beweist aufs neue, dass die Larynxtuberkulose eine selbständige Behandlung erfordert, ebenso wie die chirurgische Tuberkulose. Eine solche Behandlung ist immer von einem Laryngologen vorzunehmen.

Nach B. gibt keine Behandlungsmethode so gute Resultate bei der Larynxtuberkulose, wie die universellen Lichtbilder verbunden mit lokaler chirurgischer Behandlung, besonders der Kaustik.

Wenn es nur gelingt, die Patienten frühzeitig in Behandlung zu bekommen und dieselbe längere Zeit durchzuführen, ist es nach B. selten, dass die Larynxtuberkulose die schrecklichen terminalen Formen mit Schluckschmerzen, starken Schmerzen und Dyspnoe erreicht, die B. früher so oft sah. Das ist auch dann ein Vorteil, wenn die Patienten dennoch später an ihrer Lungentuberkulose zugrundegehen.

Bezüglich der Technik der Lichtbehandlung nach B. sei auf das Original verwiesen, dass auch eine Reihe von Krankengeschichten enthält.

R. HOFFMANN.

48) **William Wesley Carter. Tuberkulose des Kehlkopfes und des Mundes. (Tuberculosis of the larynx and mouth.)** *The Laryngoscope. März 1917.*

Kehlkopftuberkulose, welche teilweise ausheilte, während ein grosses tuberkulöses Geschwür der Wangenschleimhaut unaufhaltsam trotz Röntgenbehandlung fortschritt.

O. T. FREER.

49) **H. Kentzer** (Belzig). **Erfahrungen mit Krysolgan.** *Zeitschr. f. Tub. Bd. 33. H. 6.*

Verf. berichtet über günstige Erfahrungen mit Krysolgan bei Kehlkopftuberkulose aus der Lungenheilanstalt in Belzig; der grösste Teil der Kehlkopftuberkulösen wurde teils unter Krysolganbehandlung allein, teils unter kombinierter Behandlung mit örtlichen Methoden im klinischen Sinne zum „Ausheilen" gebracht. Als Nebenwirkung wurde einmal Herpes zoster beobachtet. FINDER.

50) **Sir St. Clair Thomson. Krebs des Kehlkopfinnern. (Intrinsic cancer of the larynx.)** *Brit. med. Journ. 25. Juni 1921.*

Das Material des Verf. besteht aus 50 Fällen. Von den Schlussfolgerungen, die er aus seinen Beobachtungen zieht, seien hier die wichtigsten wiedergegeben:

In den 50 Fällen wurde niemals, weder durch genaueste laryngoskopische Untersuchung noch bei direkter Inspektion nach Spaltung des Kehlkopfes gefunden, dass der Krebs seinen Ursprung nahm von der Regio interarytaenoidea, den Taschenlippen oder dem Morgagnischen Ventrikel, sondern stets von den Stimmlippen oder der subglottischen Region, und zwar entsteht er häufiger in der Mitte oder der vorderen Hälfte der Stimmlippe, als im hinteren Teil. Das Karzinom bleibt lange auf die Stimmlippe beschränkt, es kann jedoch die vordere Kommissur überschreiten und in späteren Stadien den Aryknorpel und die nach aussen von ihm gelegene Region erreichen. Ein subglottisches Karzinom ist viel häufiger in der vorderen als in der hinteren Hälfte des Larynx.

Hinsichtlich der Prognose verhalten sich die oberflächlichen oder vorspringenden Tumoren von begrenzter Ausdehnung am günstigsten; diejenigen, die in dem mittleren Drittel oder der vordere Hälfte der Stimmlippe gelegen sind, verhalten sich günstiger als solche, die nach vorn die vordere Kommissur oder nach hinten die Arygegend erreichen. Geschwülste, die in die Stimmlippe eingebettet sind, oder sich in dieselbe unter einer intakten Schleimhaut hineinerstrecken, sind nicht so günstig. Ein Epitheliom, das sich dem inneren Rande eines Stimmbandes entlang ausbreitet, ist noch weniger günstig. Subglottische Karzinome sind sehr ungünstig, was Dauerheilung durch Laryngofissur anbetrifft. Sie sind häufig verbunden mit herabgesetzter Beweglichkeit oder völliger Fixation einer Stimmlippe.

In jedem Fall soll, wenn die Geschwulst auch noch so lange begrenzt ist, die ganze Stimmlippe von der vorderen Kommissur an exzidiert werden einschliesslich des Proc. vocalis. Die Geschwulst soll mit einem möglichst breiten Rand gesunden Gewebes in einer Masse entfernt werden; die Exzision soll daher nach unten bis zum unteren Rande der subglottischen Region, nach oben durch die gesunde Taschenlippe gehen und nach aussen das den Schildknorpel bedeckende Perichondrium in sich greifen. Um dies zu erleichtern, soll die Schildknorpelplatte mitentfernt werden, so dass eine Laryngofissur eigentlich eine partielle Hemilaryngektomie ist. FINDER.

51) **W. Okada** (Tokio). **Ueber den pendelnden Kehlkopfkrebs und dessen Heilung durch endolaryngeale Operation.** *Killian-Festschr. d. Jap. oto-rhino-laryng. Ges. 1920.*

61 jähriger Mann; an der Aussenseite der linken ary-epiglottischen Falte an einem kurzen kleinen Stiel eine walnussgrosse vollständig mit Epithel be-

deckte, doch oberflächlich grobhöckrige, hin- und herpendelnde ovale Neubildung. Keine Infiltration oder Ulzeration der Umgebung, keine Drüsenmetastasen. Der Tumor war ungewöhnlich rasch gewachsen; Probeexzision ergab mit Sicherheit Krebs und zwar Skirrhus. Der Tumor wurde endolaryngeal entfernt; Pat. ist seit $1^1/_2$ Jahren rezidivfrei.

Verf. setzt den gutartigen gestielten Krebs des Kehlkopfes in Analogie zu dem des weichen Gaumens, wie ihn A. Paurowitz (Arch. f. Laryng., Bd. 6) beschrieben hat.

Im allgemeinen hält Verf. die endolaryngeale Entfernung des Kehlkopfkrebses nur in einer sehr beschränkten Anzahl der Fälle für angebracht, er ist sogar geneigt, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Totalexstirpation des Kehlkopfes zu machen. Jedoch hat er auch mit der endolaryngealen Methode ein paar gute Resultate erzielt (ein polypöses Epitheliom der rechten Stimmlippe 15 Jahre lang rezidivfrei bis zum Tode durch interkurrente akute Krankheit, ein anderer Fall von rechtsseitigem polypösen Stimmbandkankroid vor 3 Jahren operiert und bisher rezidivfrei). Trotzdem will Verf. die endolaryngeale Operation nur bei den gutartigen gestielten Karzinomen angewendet wissen. (Autoreferat.)

52) **F. Schlemmer. Totalexstirpation des Kehlkopfes.** Wiener med. Ges., Sitzung v. 21. Nov. 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 12. S. 336. 1920.*

Bei der Operation des 54jährigen Mannes, die vor vier Monaten vorgenommen wurde, musste die Carotis communis unterbunden werden, weil dieselbe vom Tumor vollkommen umwuchert war. Er erfolgte Heilung ohne Ausfallserscheinungen. R. HOFFMANN.

53) **Hamburger** (Graz). **Ueber die Indikation zur Intubation.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. S. 297. 1921.*

Verf. beschränkt sich bei seinen Erörterungen auf die diphtherischen Larynxstenosen. Er steht auf dem Standpunkt, dass man die Intubation so weit wie möglich hinausschieben soll, d. h. bis zum Eintritt schwerer Zyanose. Ebenso soll man auch mit einer eventuellen Reintubation möglichst lange warten. Dies gelingt durch Anwendung von Beruhigungsmitteln, Fernhaltung von Aufregung und dergleichen. KOTZ.

54) **Trumpp** (München). **Ueber Spätintubationen und Probeextubation. Entgegnung auf F. Hamburgers Artikel „Ueber die Indikation zur Intubation“ in No. 10 d. Wochenschr.** *Münch. med. Wochenschr. No. 15. S. 460. 1921.*

Tr. hält es für falsch, die Intubation bis zum Aeussersten hinauszuschieben, vor allem wegen der Gefahr für das Herz. Er intubiert beim Uebergang vom Stadium stenoticum in das Stadium asphycticum. Die Extubation soll nicht vor dem 3. Tag versucht werden, da sie so früh nur in den wenigsten Fällen gelingt und eine Reintubation in den ersten Tagen eine erhöhte Gefahr der Schleimhautschädigung in sich schliesst. KOTZ.

55) **Hamburger** (Graz). **Ueber die Indikation zur Intubation (Erwiderung an Trumpp in No. 15 d. Wochenschr.).** *Münch. med. Wochenschr. No. 21. S. 644. 1921.*

Verf. hat nie Schaden von einer frühzeitigen Probeextubation gesehen und glaubt nicht an eine Gefahr des Hinabstossens von gelockerten Membranen. KOTZ.

56) **Teuckhoff** (Freiburg). **Operation einer häutig erweichten Trachea bei eingeführtem Tracheoskop.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. S. 676. 1921.*

Bei einer Patientin, deren knorpeliges Luftröhrengerüst in grosser Ausdehnung erweicht war, wurden bei eingelegtem Tracheoskop (Methode v. Eicken) die erweichten Partien von aussen her möglichst freigelegt, dann unterhalb des erweichten Herdes tracheotomiert und von hier aus ein dickes Gummirohr bis zum Knorpel hinaufgeschoben, das 45 Tage liegen blieb.

Das Ergebnis war sehr gut, das Narbengewebe bildete eine feste Stütze für die Schleimhaut der Luftröhre. KOTZ.

57) **Max Sgalitzer** (Wien). **Zur Kenntnis der Lage und Formveränderungen der Luftröhre bei intrathorakalen Erkrankungen auf Grund der Röntgenuntersuchung.** Aus dem Röntgenlabor. der I. chir. Univ.-Klinik Wien. *Arch. für klin. Chir. Bd. 115. S. 967. 1921.*

Die Arbeit gibt an der Hand von 20 Skizzen nach Röntgenogrammen einen ausgezeichneten Ueberblick über dieses Gebiet. Sg. plaidiert vor allem die Wichtigkeit der 2 Platten-Aufnahmen (frontal und sagittal). Die verschiedensten Prozesse können Verlagerungen und Kompressionen der intrathorakalen Luftröhre herbeiführen; Kröpfe, Drüsengeschwülste, Mediastinaltumoren, Aneurysmen, Schrumpfungsprozesse und Tumoren der Lunge, Ergüsse, Luftansammlungen und Tumoren der Pleuren.

Das Verhalten der Luftröhre kann als differentialdiagnostisches Moment zwischen Aortenaneurysmen und Mediastinaltumoren in Betracht kommen. Während Aneurysmen, speziell jene des Bogens, die Luftröhre vornehmlich in seitlicher Richtung abdrängen, erfolgt ihre Verlagerung bei Mediastinaltumoren (mit Ausnahme der intrathorazischen Strumen) vorwiegend nach vorn oder hinten. Die starken Kompressionen der Luftröhre, die die Röntgenuntersuchung bei Mediastinaltumoren sehr häufig aufdeckt, werden bei Aneurysmen nur in den seltensten Fällen vorkommen.

Die Art der Luftröhrenverdrängung wird uns oft verlässliche Anhaltspunkte über den Ausgangspunkt eines Aortenaneurysmas an die Hand geben, uns aber auch unter Umständen intra vitam einen wichtigen Fingerzeig geben können für die Differentialdiagnose zwischen Aneurysmen der Aorta und anderer Gefässe des Mittelfellraums.

Die starke Verdrängung der Luftröhre bei sackförmigen Aortenaneurysmen kann differentialdiagnostisch von Bedeutung sein gegenüber der geringfügigen Rechtsverschiebung des Brustabschnittes der Luftröhre bei der prognostisch viel günstigeren diffusen Aortendilatation. DREYFUSS.

58) **Chaim Medalie.** **Die luetische Affektion der Trachea und Bronchien.** Aus der med. Klinik Leipzig. *Diss. Leipzig. 1920.*

Beschreibung von 3 Fällen mit Sektionsbefunden. DREYFUSS.

59) **Krieg.** **Erschwertes Dekanülement und 4 Bronchialfremdkörper.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 311.*

K. berichtet über 4 Bronchialfremdkörper, die er mit Hilfe der Bronchoskopie entfernen konnte. Der eine Fremdkörper war ein Schlauch, der bei der Be-

handlung eines erschwerten Dekanülements sich löste und in den Bronchus fiel. Die Fremdkörper verweilten bis zu drei Jahren in der Lunge. Trotzdem trat in allen Fällen glatte Heilung ein. BRADT.

60) **Ernst Gold. Ueber Bronchuszysten und deren Entstehung.** Aus d. pathol.-anat. Univ.-Inst. Wien. *Beitr. z. pathol. Anat. Bd. 68. S. 278. 1921.*

Beschreibung von 4 Fällen mehrkammriger Zysten, die sich bei Neugeborenen und kleinen Kindern 3 mal als zufällige Sektionsbefunde ergaben, in einem Falle aber durch ihre Grösse zur Kompression des Bronchus und zum Exitus geführt hatten. G. hält sie für eine typische Missbildung der Lunge in Form einer in der Trachealbifurkation gelagerten Flimmerepithelzyste, die in der bindegewebigen Grundsubstanz ihrer Wand Elemente des Bronchus und der embryonalen Lunge enthalten kann und genetisch aus Nebenbronchien hervorgeht. DREYFUSS.

61) **Wolff Freudenthal. Das Broncho-Periskop. (The broncho periscope.)** *The Laryngoscope. August 1920.*

Dieses bronchoskopische Rohr hat ein verstellbares Spiegelchen in sein distales Ende eingefügt, so dass man nicht allein in gerader Linie sich befindende Gegenstände sondern auch solche, welche abseits liegen, sehen kann. Als Rohr wird das Jackson-Rohr mit der Jacksonschen Lampe gebraucht, da dieses sich als besonders für das Spiegelchen passend erwies. Das Rohr besitzt ein eingefügtes Rohr nach T. D. Buchanan gemacht für die Zufuhr eines allgemeinen Anästhetikums. Dieses fein ausgedachte Instrument, dessen Herstellung sehr mühevoll war, wird sich für die Auffindung von eingekeilten Objekten und zur Sichtbarmachung des Lumens von Bronchialzweigen als unentbehrlich erweisen.

O. T. FREER.

e II) Stimme und Sprache.

62) **Gutzmann. Ueber die dysarthrischen Störungen der infantilen Pseudobulbärparalyse.** *Arch. f. Laryng. Bd. 33. S. 387.*

G. fand, dass bei den infantilen Pseudobulbärparalysen Sprachstörungen auftreten, die bedingt sind, durch ein Nichtfunktionieren des Velums. Bei der paralytischen Form handelt es sich um eine Lähmung, bei der spastischen Form um eine verlangsamte Bewegung infolge der Spasmen. Entsprechend den verschiedenen Ursachen ist die Behandlung vorzunehmen, die selbst bei schweren Störungen Erfolge verspricht. BRADT.

63) **Carl Klunger. „Falsett", eine historisch-empirische Untersuchung.** *Stimme. XV. H. 6, 7. 8. S. 97 u. 123. März, April, Mai 1921.*

Kl. unterscheidet Falsett ungemischter Form (Kopfton) und Falsett gemischter Form (gemischte Stimme aus Brustkopfton). Das von Falsett ausgehende Erlernen eines schön klingenden gemischten Tons (zweite Form) hält Kl. für sehr wichtig. Beide Formen sind selbständige Faktoren im Kunstgesange und dienen zur Entwicklung einer schönen Gesangstimme durch den ganzen Stimmumfang (sog. Registerausgleich) und schaden den Leistungen der Bruststimme nicht.

NADOLECZNY.

64) **Rudolf Schwarz. Beitrag zur Stimmwechselfrage.** *Stimme. XV. H. 6. S. 102. März 1921.*

Beschreibung eigener Erfahrungen bei der Mutation von der kindlichen Sopranstimme zum I. Tenor, der aber versagte. Lange Mutationsdauer, Ueberanstrengung der Tenorstimme. Beobachtungen an einigen Kindern. Schw. tritt für die Ansicht Zumsteegs (und wohl aller Stimmärzte. Ref.) ein, dass vor dem Durchsingen während der Mutation zu warnen sei, nachdem den Lehrkräften die nötige stimmpädagogische Vorbildung fehle, um Fehler zu verhindern.

NADOLECZNY.

65) **Rolf Schmutzler. Ueber Stimmregister.** *Stimme. XV. 1. Okt. 1920. S. 1.*

Nach historischen Ausführungen über den Registerbegriff kommt Verf. zur Ablehnung dieser Bezeichnung, weil sie der ursprünglichen Bedeutung bei der Orgel nicht entspreche, weil im Ansatzrohr beliebig viele Register gebildet werden können (? Ref.), weil im Kehlkopf gebildete Register nicht beeinflussbar (? Ref.) und daher für den Sänger wertlos seien und schliesslich weil die Bezeichnung zu grosser Begriffsverwirrung geführt habe.

NADOLECZNY.

66) **Hermann v. d. Pfordten. Die Singstimmen in Beethovens Werken.** *Stimme. XV. H. 3, 4, 5. S. 49 u. 73. Dezember 1920. Januar/Februar 1921.*

Nachweis der besonderen Anforderungen, die Beethovens bedeutendste Werke (Fidelio, Missa solemnis u. a.) an die menschliche Stimme stellen. Obwohl B. die menschliche Stimme genau kannte, so mutet er ihr doch verschiedentlich (ebenso wie den Instrumenten) Aussergewöhnliches zu.

NADOLECZNY.

67) **Zumsteeg. Naturstimme und Kunststimme.** *Stimme. XV. H. 2. S. 25. November 1920.*

Die Kunststimme unterscheidet sich von der Naturstimme dadurch, dass sie in höherem Masse durch sorgfältig eingeübte Bewegungen hervorgebracht wird. Mit dem verhältnismässig geringsten Ausmasse von Kraft wird eine möglichst grosse und gute Leistung, also das Höchstmass ästhetischer Wirkung erzielt. Die Stimmbildung wendet sich bei der Ausbildung zunächst und hauptsächlich an das musikalische Gehör, ferner an das Gesicht (Lautbewegungen, Vermeiden falscher Mitbewegungen) und das Getast (subjektive Empfindungen von Lage und Bewegung am Ansatzrohr, im Kehlkopf, und Vibrationsempfindungen (nicht zu verwechseln mit Resonanz). Für eine Ansicht, eine Richtung, eine Methode spricht der Erfolg, aber keine Schule passt für alle Schüler!

NADOLECZNY.

68) **Martin Seydel. Wilhelm Wundt in seinen Beziehungen zur Stimmkunde.** *Stimme. XV. H. 2. S. 38. November 1920.*

Ausführungen über den Einfluss der Wundtschen Experimentalpsychologie auf die Entwicklung der Stimmkunde und Stimmforschung.

NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

69) **Martha Hagenbuch. Beitrag zur Kenntnis der Strumitis.** *Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 33. S. 181. 1921.*

H. gibt auf Grund von 47 Fällen der medizinischen und der chirurgischen Universitätsklinik Basel, die während 10 Jahren zur Beobachtung kamen, ein kli-

nisches Bild der Strumitis. Die Arbeit zerfällt in verschiedene Kapitel; die Aetiologie ist besonders berücksichtigt, ferner die Differentialdiagnose gegenüber Thyreoiditis, Mediastinitis, Struma maligna und Blutung in einen Kropf. 2 der 47 Fälle verliefen tödlich (Herzinsuffizienz und Bronchopneumonie). Therapeutisch empfiehlt H. zunächst feuchte Umschläge, ev. Eisbeutel; sobald Fluktuation, breite Inzision mit Drainage.

DREYFUSS.

70) **Karl Nather. Zur Pathologie der Schilddrüsentuberkulose.** *Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 33. S. 375. 1921.*

N. gibt zunächst einen ausführlichen historischen Ueberblick über die Pathologie der Schilddrüsentuberkulose, beschreibt dann den klinischen und histologischen Befund in 5 Fällen von Tuberkulose der Schilddrüse und berichtet über Versuche an Meerschweinchen, die zur Beantwortung der Frage dienen sollten, ob das Kolloid der Schilddrüse auf Tuberkelbazillen im Sinne einer Virulenzveränderung einwirke. Er kommt zum Schluss, dass weder die bisherigen experimentellen Untersuchungen, noch die klinischen Beobachtungen dazu berechtigen, eine spezifische Organimmunität der Schilddrüse gegen Tuberkulose anzunehmen.

DREYFUSS.

71) **Clairmont** (Zürich) und **Suchanek** (Wien). **Pregrediente Tuberkulose der Lungen nach Kropfoperation.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 115. S. 995.*

Die Verff. beobachteten bei Patienten mit hochgradiger Trachealstenose und tuberkulöser Spitzenaffektion nach der Strumektomie in kürzester Zeit das Auftreten einer floriden, rasch progredienten Lungentuberkulose. Sie belegen ihre Ansicht des kausalen Zusammenhanges mit drei Krankengeschichten und führen die Verschlimmerung des tuberkulösen Prozesses auf die veränderte Blutzirkulation und die veränderte Lungenventilation zurück.

DREYFUSS.

72) **Yoshii** und **Yamamoto. Ueber einen Fall von in die Trachea durchgebrochener Struma maligna.** *Killian-Festschr. d. Jap. oto-rhino-laryng. Ges. 1920.*

68jährige Frau mit Atembeschwerden seit vielen Jahren, seit kurzem schwere Dyspnoe. Schilddrüse diffus geschwollen, Kehlkopf normal. Tracheoskopisch sieht man ungefähr in Höhe des VI. Trachealringes eine rundliche, höckrige Geschwulst von Grösse des Daumenendgliedes, Konsistenz hart. Das Lumen der Luftröhre ist bis auf den hinteren Teil von der Geschwulst ausgefüllt. Tracheotomie gelang nicht wegen der Blutung; kurz darauf Exitus. Bei Eröffnung der Luftröhre fand sich nur ein kleiner warziger Tumor von rötlicher Farbe und mässig harter Konsistenz. Die in Form und Grösse des Tumors bestehende Differenz zwischen dem tracheoskopischen Bild und pathologisch-anatomischem Befund erklärt Verf. durch die Blutfüllung der Geschwulst im Leben. Histologisch steht die Natur des Tumors nicht ganz fest; er wird als dem Hämangioendotheliom nahestehend bezeichnet, von anderen aber als Karzinom erklärt. (Autoreferat.)

73) **Boenninghaus** (Breslau). **Ein Fall von Krampf im Halsteil der Speiseröhre mit Divertikelbildung. Mit einer Betrachtung zur Physiologie des Schlundes.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 81. S. 118.*

An Hand eines Falles kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Am normalen wie am krampfhaften Verschluss des Schlundes ist nur der oberste Teil der Speiseröhre beteiligt, nicht auch der unterste Teil des Hypopharynx.

2. Der krampfhafte Verschluss des obersten Teiles der Speiseröhre kann zur Divertikelbildung des Hypopharynx führen.

3. Hat er hierzu geführt, so löst er sich im Laufe der Zeit wieder, wahrscheinlich durch Zug des immer schwerer werdenden Divertikelsackes.

4. Wenn er noch besteht, kann er sich während einer Oesophagoskopie durch die Kokainisierung leicht lösen.

5. Aus beiden Gründen ist der krampfhafte Verschluss des obersten Teiles der Speiseröhre bei Divertikel bisher ösophagoskopisch nur in seltenen Fällen beobachtet worden.

6. Seine Lösung ist durch innerliche und mechanische Mittel zu erstreben.

7. Das venöse Wundernetz des Hypopharynx erscheint geeignet, die Luft im Pharynx beim Schlingen zurückzuhalten.

KOTZ.

g) Oesophagus.

74) **Robert Vogel. Ueber Fremdkörper in der Speiseröhre.** Aus dem pathol. Inst. d. Univ. Hamburg. *Arch. f. klin. Chir. Bd. 115. S. 910. 1921.*

Sehr ausführliche Arbeit, die unter Beibringung von elf noch nicht publizierten Fällen und 243 Fällen aus der Literatur ein erschöpfendes Bild der Folgekrankheiten der Fremdkörpereinklemmung oder -passage gibt. Unter 600 Fällen verteilten sich die Einklemmungen auf die Ringknorpelenge 169, Bifurkation 192, Diaphragma 38. 50 Fälle von Arrosionsblutungen aus Gefässen infolge eitriger Mediastinitis sind bekannt, davon 7mal Carotis communis, 30mal Aorta; die übrigen Komplikationen mögen im Original eingesehen werden: ebenso die interessanten Zusammenstellungen über die Liegedauer der Fremdkörper, ihre Beschaffenheit, die Folgezustände usw.

DREYFUSS.

75) **Charles H. Carroll. Ungewöhnlicher Fall von 9 Monate im Oesophagus sitzendem Fremdkörper. (An unusual case of a foreign body in the oesophagus for nine months.)** *The Lancet. Juni 1921.*

15 Monate altes Kind wird ins Hospital gebracht wegen eines seit kürzerer Zeit bestehenden oberflächlichen anscheinenden Geschwürs aussen am Hals; nach Entfernung des Schorfes fühlt man im Zentrum der Wunde eine Nadelspitze. Röntgenaufnahme zeigt eine Sicherheitsnadel, deren eine Branche im Oesophagus lag, während die andere nach aussen durch die Weichteile des Halses gespiesst war. Das Kind hatte vor 15 Monaten mit der Nadel gespielt, sie war seitdem verschwunden. Der durch die Weichteile gespiesste Teil der Nadel wurde auf diesem Wege entfernt, der in der Speiseröhre liegende Teil durch Oesophagoskopie.

FINDER.

76) **E. Suter** (Basel). **Radiumbehandlung des Oesophaguskarzinoms.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 162. S. 50. 1921.*

Gute symptomatische Erfolge bezüglich der Durchgängigkeit der stenosierten Stellen. 40 mg Radium in 2 cm langer, 2 mm dicker Silberkapsel, die an starkem

Seidenfaden verschluckt wird und 10—12 Stunden liegen bleibt; alle 8 Tage Vornahme dieser Prozedur, später allmonatlich.

Durch Kontrastbrei und Röntgenaufnahme wird die Lage der Kapsel festgestellt. Im Anschluss an die Behandlung können sich Narbenstrikturen entwickeln, die — da das Bougieren zu gefährlich — am besten mittels verschluckter, am Faden befestigter, verschieden dicker Bleibolzen bekämpft werden. DREYFUSS.

77) **Curt Falkenheim. Ein Fall von kongenitaler Kardiastenose mit diffuser Oesophagusektasie.** Aus d. pathol. Inst. Danzig. *Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 33. S. 113. 1921.*

Der vorliegende Fall ist ein Paradigma einer kongenitalen Kardiastenose — ohne Spasmus — mit sekundärer Oesophagusektasie. Der Oesophagus mass aufgeschnitten an der weitesten Stelle 130 mm und liess sich auf 150 mm erweitern; die stenosierte Kardia hatte 20 mm Länge und 22 mm Breite. DREYFUSS.

78) **Kurt Tiesenhausen. Beitrag zur Oesophagusnaht.** Aus der chir. Univ.-Klinik Graz. *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 123. S. 212. 1921.*

Beschreibung der von Hacker geübten Nahtmethode in 7 Fällen, 3 Grenzdivertikeln und 4 Oesophagotomien wegen Fremdkörper. Nach T. ist es zur Vermeidung von Schleimhauttaschen, die leicht zur Fistelbildung führen, wichtig, die Schleimhaut nach innen zu stülpen und mit den Nähten nur die Submukosa zu fassen, am besten wenn je 2—3 Submukosaknopfnähte von einer Schnürnaht umgriffen und eingestülpt werden. Im allgemeinen macht Hacker Katgutknopfnähte durch Muskularis und Submukosa mit Einstülpung der Mukosa, Seidenknopfnähte der übrigen Wandschichten und eventuell Draufnähen der nahegelegenen Schilddrüsenkapsel. DREYFUSS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Fritz Haertel,** Die Lokalanästhesie. Stuttgart 1921. Ferd. Enke.

Im Herbst 1916 erschien die erste Auflage von Haertels „Lokalanästhesie“, der Winter 1920 brachte uns die zweite Auflage. Wenn man bedenkt, dass im Jahre 1919 die 5. Auflage von Brauns „Oertlicher Betäubung“ erschienen ist, so kann man daraus schliessen, dass einmal die Bedeutung der örtlichen Unempfindlichkeit einen ausserordentlichen Umfang angenommen hat und zweitens, dass das „fleissige Werk“ Haertels, um mich des Ausdrucks zu bedienen, mit dem Schmieden die erste Auflage begleitet hat, wirklichen Bedürfnissen gerecht geworden ist. In den vier Jahren seit dem Erscheinen der ersten Auflage hat die Lokalanästhesie an sehr zahlreichen Stellen, namentlich was die Methodik betrifft, Fortschritte gemacht und Haertel, der ja an wesentlichen Teilen dieser Fortschritte persönlich beteiligt ist, ist denselben in der neuen Auflage seines Buches gerecht geworden. Man merkt fast auf jeder Seite, dass die Erfahrungen des Autors sich erweitert und seine Anschauungen gereifter und gesicherter geworden sind. Wenn schon in der ersten Auflage namentlich die vorzüglichen anatomischen Abbildungen besonders gerühmt werden konnten, so finden wir dieselben in der

neuen Auflage noch erheblich vermehrt — 100 Abbildungen gegen 78 der ersten Auflage. Ganz besonders muss hervorgehoben werden, dass Haertel das Hauptgewicht auf die praktische Anleitung, auf die genaue Beschreibung der Technik legt, während die theoretischen Erwägungen mehr in den Hintergrund treten.

Dass für unsere Spezialität die von Haertel ganz besonders ausgearbeiteten Methoden der Leitungsanästhesie der Gesichtsnerven von besonderer Bedeutung sind, ist selbstverständlich. Haertel hat sie ganz ausserordentlich ausführlich dargestellt und durch eine Reihe sehr lehrreicher Abbildungen dem Verständnis nähergebracht. Bemerkt muss für uns werden ein, soweit ich orientiert bin, neues Verfahren der Unempfindlichmachung der Tonsille, das er mit Fig. 42 abbildet und als „Unterspritzung der Tonsillen" bezeichnet. Für die Operation der Struma hält er Narkose für „durch nichts gerechtfertigt". Mir scheint, er geht darin, wie übrigens auch Braun, etwas zu weit. Ich habe, noch kürzlich, Fälle erlebt, bei denen eine Strumektomie ohne Allgemeinbetäubung eine Unmöglichkeit gewesen wäre — wesentlich wegen der psychischen Veranlagung der erkrankten Patientinnen. Zur Strumektomie empfiehlt er die tiefe Umspritzung und die Leitungsanästhesie des Plexus cervicalis beiderseits. Letztere Methode habe aber ihre ganz besonderen Gefahren und könne nur unter besonders vorsichtigen Kautelen angewendet werden; Haertel möchte auch nicht gern auf die „blutsparende Wirkung der Umspritzung" Verzicht leisten. Von ähnlichen Gesichtspunkten scheint er auch bei der Laryngofissur und der Kehlkopfexstirpation auszugehen.

Auf jeden Fall bringt aber das Buch von Haertel auch für den Rhinolaryngologen so viel des Neuen und Anregenden, dass es auch für die Leser des Zentralblattes auf das dringendste empfohlen werden kann. P. Heymann.

---

b) **Joh. Fein,** Die Anginose. Betrachtungen zur Lehre vom lymphatischen Rachenring. Wien 1921. Urban & Schwarzenberg. 76 S.

Ein sehr merkwürdiges Büchlein. Als ich einst einen Gelehrten fragte, was F., ein neuberufener Professor (eines anderen mediz. Faches), eigentlich für Verdienste, was für wissenschaftliche Forschungen und Entdeckungen er gemacht habe, gab er mir zur Antwort „eigentlich gar keine, es ist aber merkwürdig, wenn der Herr ein Kapitel seines Gebietes durchdacht habe, dann erscheint es auch in in den bekanntesten Tatsachen in einem neuen Lichte". An diesen Ausspruch musste ich denken, als ich das Feinsche Buch las. Und trotzdem passt es nicht völlig, denn es finden sich darin auch eine ganze Menge von bisher nicht oder nicht genügend beobachteten Tatsachen, deren Feststellung allein schon die Lektüre dieses Büchleins zu einer genuss- und lehrreichen macht. Diesem Lobe muss allerdings auch eine kleine Einschränkung folgen. Einige der hervorgehobenen Tatsachen sind wohl vielfach nicht ganz zutreffend und an manchen von erfahrenen Fachärzten oft gemachten Beobachtungen ist Fein, ohne ihrer zu gedenken, vorübergegangen. — Das Büchlein zeugt aber von sehr ausgiebiger Kenntnis der Literatur und von grosser Beherrschung des vorliegenden Materials.

Zuerst stellt Fein fest, dass der lymphatische Rachenring Bickels und Waldeyers als ein einheitliches Ganzes aufzufassen sei, dass also die Gaumen-,

die Rachen-, die Zungen-, die Tubentonsille, die Granula des Rachens und was immer in der Umgebung des Rachens sich an adenoidem oder tonsillarem Gewebe finde, dass das alles nur Teile, nur verschiedene Lager desselben Organs darstelle, die gemeinsam in Leistung und Erkrankung zu beachten seien. Er kennt also keine Tonsillitis palatina, keine Angina granularis, sondern alle die genannten adenoiden Gebilde erkranken gemeinsam und gleichzeitig. Der Entzündungsprozess durchsetzt immer das ganze Parenchym und nicht nur die Oberfläche.

Die zweite Feststellung Feins geht dahin, dass die Grösse der Tonsillen als eine durch natürliche Anlage bedingte aufzufassen sei und dass abgesehen von einer regelmässigen Rückbildung mit zunehmenden Jahren keine Grössenveränderung, namentlich keine Vergrösserung durch Krankheiten stattfinde. Nur akute Entzündungen bedingten akute Vergrösserungen, die aber nach Abklingen der Entzündung wieder verschwinden, chronische Entzündungen erzeugten keine Vergrösserung. Die Form und Zerklüftung der Tonsille sei ebenfalls in der Anlage gegeben und werde nicht durch Krankheit beeinflusst; die Sekretanhäufung in den Lakunen — Mandelpfröpfe — sei ein normales Vorkommnis, dem keine pathologische Bedeutung zuzuschreiben sei. Die von Hause aus bestehende Grösse des „tonsillaren Lagers" sei aber für akute Entzündung und die dadurch bedingte Vergrösserung von Bedeutung. Eine mächtige Entwicklung erzeuge intensivere Entzündung usw.

Die gewöhnlich Angina genannte Affektion hält Fein nicht für eine lokale selbständige Erkrankung, sondern sie sei das erste Glied einer allgemeinen Infektionskrankheit kryptogenetischen Ursprungs. Es ist das eine Anschauung, die sich mit den von dem Referenten auf dem internationalen Kongresse in Moskau und später in dem Aufsatze „Larynxkatarrh" in seinem Handbuche ausgesprochenen Ansichten berührt. Diese Auffassung veranlasst Fein nun, die Krankheit als eine allgemeine infektiöser Natur zu charakterisieren, dafür den Namen Anginose vorzuschlagen.

Der verbreiteten Ansicht, dass die Tonsillen in vielen Fällen die Eingangspforte von Infektionen darstellen, tritt F. sehr scharf entgegen und leugnet jeden ätiologischen Zusammenhang von Tonsillenerkrankung mit Gelenkrheumatismus, Nephritiden und anderen Organerkrankungen. Letzterer Anschauung widerspricht mannigfachste Erfahrung.

Es dürfte wohl kaum einen beschäftigten Laryngologen geben, der nicht die Neigung zu immer wiederkehrender Polyarthritis, zu Nephritis und anderen Organerkrankungen hat schwinden sehen nach Entfernung erkrankter Tonsillen. Ref. verfügt über eine grosse Anzahl einschlägiger Beobachtungen. Fein kann an solchen Erfahrungen, die er auch jedenfalls gemacht hat, nicht ohne weiteres vorbeigehen. Die Erklärung, die er aber dafür gibt, dass die Krankheitsneigung im Erlöschen gewesen sei, und dass dieses Erlöschen gerade zufällig mit dem operativen Eingriff zusammengefallen sei, ist denn doch, namentlich in Hinsicht auf die grosse Zahl der beobachteten Fälle, recht gezwungen.

Die pathologische Auffassung der Anginose als erste Teilerscheinung einer Allgemeinkrankheit beeinflusst natürlich auch die Therapie. Die übliche Behandlung mit Gurgelungen und Aetzungen verwirft er völlig, hält sie sogar häufig für

schädlich, da einesteils Wunden an den Mandeln erzeugt würden, anderseits der Schleim und der Speichel, welche bakterizid wirken, entfernt werde. Er empfiehlt ausser Ruhe, Fernhalten von Reizen usw., die interne Verabreichung von Antipyreticis.

Nicht ganz damit übereinstimmend scheint dem Ref. die Stellung Feins zu den operativen Eingriffen zu sein. Er empfiehlt die Entfernung der Mandeln, um die „Masse des vorhandenen lymphatischen Gewebes" zu verringern, denn die Schwere der „lokalen Rachenerkrankung" sei proportional dieser Masse. „Die Verkleinerung des Gesamtvolumens ist von allgemeinen Gesichtspunkten aus entschieden zu empfehlen, da sie sicher unschädlich ist und nur Vorteile bringen kann." Die Totalexstirpation der Gaumenmandeln hält er „aus allgemeinen Gründen niemals für notwendig". Nur wenn aus „operativ-technischen" Gründen der Zweck der Tonsillotomie nicht erreicht werden könne, sei die Tonsillektomie „manchmal angezeigt".

Wenn wir auch in manchen Punkten mit dem Autor nicht völlig übereinstimmen, können wir doch die Lektüre des kleinen Werkes auch für den Facharzt als ausserordentlich anregend und belehrend aufs wärmste empfehlen.

P. Heymann.

---

c) **P. J. Mink** (Utrecht), Physiologie der oberen Luftwege. 150 S. mit 28 Textabbildungen. F. C. W. Vogel. Leipzig 1920.

Eine kurze Besprechung dieses Buches kann und soll dessen Durcharbeitung nicht ersetzen, sondern will im Gegenteil auch den Praktiker dazu anspornen, obwohl es sehr problematisch, ja fast ideenflüchtig konstruiert ist. Es enthält nämlich allzuviel Deduktives, das mangels ausgedehnter physiologischer Experimente noch nicht induktiv erhärtet sein kann. Aber auf Schritt und Tritt wird der denkende Leser Beziehungen zur Praxis, namentlich zur rhinologischen, finden, sei es im Sinne von Erklärungen oder Erklärungsversuchen wichtiger Vorgänge oder deren Störungen, sei es in bezug auf unser therapeutisches Handeln, das zweifellos noch mehr als bisher von physiologischen Gesichtspunkten auszugehen hat. Wichtig sind vor allem M.s Ausführungen über den Naseneingang, dessen Architektonik und über das Spiel der Nasenflügel sowie der Schwellkörperfüllung an mittlerer Muschel und Tuberculum septi bei der Einatmung. Die Regelung der Menge und Geschwindigkeit des inspiratorischen Luftstroms durch die Grösse der Oeffnungen und die Druckgrössen vor und hinter denselben geschieht nach einer bestimmten physikalischen Formel. Der Weg der Inspirationsluft durch die Nase geht im Bogen nach oben längs der mittleren Muschel zur Choane, durch den Rachen am Dach entlang zur Hinterwand, von da aber im Mesopharynx nach vorn, immer in zwei Teile geteilt, um den freien Rand des Velums zu den Gaumenmandeln, dann über den Zungengrund und um die Plicae pharyngoepiglotticae in den Kehlkopfeingang. Ueber der Glottis treffen die Ströme angeblich erst zusammen, nachdem sie an der Innenseite der Epiglottis, also vorn, nach abwärts verlaufen seien. Der Ausatmungsluftstrom aber steige an der Kehlkopfhinterwand empor zur Pharyxhinterwand, die er am Isthmus pharyngopalatinus verlässt, um über die Rückenfläche des Velum zum unteren Choanalrand und entlang dem Boden der Nasenhöhle nach

aussen zu gelangen, also auf anderem Wege als der Einatmungsstrom. Experimentell hat M. dafür mancherlei Beweise gebracht. Reflektorische Schwellung der unteren Muschel und Glottisverengerung regulieren mit dem Atemdruck die exspiratorische Luftmenge, ebenso wie die Klappenvorrichtung am Naseneingang die Menge der in der Sekunde eintretenden Luft bestimmt. Danach reguliert sich der Atemdruck und die Strömungsgeschwindigkeit. Die günstigsten Verhältnisse für den Gasaustausch werden durch diese Regulation gewährleistet, gegenüber der mässig günstigen bei der Mundatmung, wobei wenigstens noch die Glottisklappe mitwirkt, und der ungünstigen bei der Atmung durch eine Trachealkanüle, wobei jeder Ausgleich der Druckschwankungen durch Regulierung fehlt. — Die Bedeutung der Schwellkörper für Erwärmung und Anfeuchtung der Atemluft in der Nase hält M. für weniger wichtig als die Regulierung der Atmung durch physiologische Reize (Kälte, Trockenheit) auf deren Schleimhaut bei der Ein- und Ausatmung. Ueber Weg, Ablauf und Bedeutung dieser und anderer nasaler Reize und Reflexe stellt M. vielerlei Betrachtungen an, ebenso über die Bedeutung der Nebenhöhlen, die beim Nachlassen des inspiratorischen Drucks Nebenluftströme vom Hauptluftstrom ablenken und der Riechsphäre zuführen sollen. Ein besonderer Abschnitt ist der Sekretion der Nasenschleimhaut gewidmet, ein anderer der Erwärmung und Anfeuchtung der eingeatmeten Luft. Für die erstere soll mehr die Nase, für die letztere mehr der Rachen und namentlich die stets „berieselten" Mandeln in Betracht kommen. Ganz besonders eingehend beschreibt M. die mechanischen Vorgänge am Kehlkopf bei der Atmung, ausgehend von seinen schon bekannten Tierversuchen und den durch permanenten Trachealzug bedingten Spannungszuständen am Kehlkopf. Dabei kommt er zur Ablehnung der Stimmfunktion des M. vocalis. Er schreibt ihm zusammen mit dem Postikus und Transversus erweiternde Funktionen bei der Einatmung infolge von Annäherung der Stimmbandansätze zu, während Krikothyreoideus und Krikoarytänoideus zusammen mit dem Auseinanderweichen der Stimmbandansätze die Glottis verengern sollen, und zwar bei der Ausatmung bis zur Kadaverstellung. In diesem Zusammenhang wird eine Theorie des Hustens aufgestellt. Am kürzesten ist die Stimmgebung behandelt. Hier fällt auf, dass M. die Polsterpfeifentheorie nicht annimmt und an Saitenschwingungen festhält. Als eigentliche Stimmuskeln spricht er die äusseren Kehlkopfmuskeln Sterno-thyreoidus und -hyoideus an. Die Phonation erklärt er so: „Während durch eine kräftige Exspiration die hinteren Stimmbandansätze in die Höhe getrieben und in dieser Stellung festgehalten werden, ziehen sich die genannten vorderen Halsmuskeln bei sich senkendem Sternum zusammen. Die exspiratorische, schon bis zur Kadaverstellung fortgeschrittene Stimmbandverlängerung muss dadurch noch weiter zunehmen. Dabei geht der Zug von den vorderen Stimmbandansätzen aus, während die feststehenden hinteren nur den Gegenzug liefern. Dieser Zug nach vorwärts ist zugleich auch nach unten gerichtet, so dass der schon in exspiratorischem Tiefstand stehende Processus vocalis noch tiefer zu stehen kommt. Dadurch muss auch der ganze Processus muscularis die als Sperrgelenk wirkende Abteilung ganz verlassen, um bis auf den oberen Rand des Ringknorpels hinaufzusteigen. Damit ist für die Lig. crico-aryt. post. die Gelegenheit gegeben, sich in sagittale Richtung zu stellen, wodurch sie samt den medialen Rändern der

Giessbeckenknorpel in der Mittellinie aneinander zu liegen kommen. Von da an kann jede weitere Zusammenziehung der genannten vorderen Halsmuskeln nur noch eine Anspannung der Stimmbänder in der Länge zur Folge haben, so dass die Tonbildung sich am besten als Saitenwirkung erklären lässt."

Viele Fragen, die M. aufwirft, sind ernstesten Nachdenkens würdig. Auch wenn man gewiss nicht allen seinen Deduktionen beipflichten will, wird man die Arbeit doch mit Interesse und mit Vorteil studieren. Der Inhalt konnte hier nur angedeutet, Einzelheiten müssen im Original gelesen werden. Nadoleczny.

d) **Emil Fröschels** (Wien), Singen und Sprechen, ihre Anatomie, Physiologie, Pathologie und Hygiene. 391 S. Preis M. 24. F. Deuticke. Leipzig u. Wien 1920.

Fröschels veröffentlicht einen Teil seiner Vorlesungen für Hörer aller Fakultäten in der Absicht, das Interesse für deren Inhalt und für auf diesem Gebiet noch ungelöste Probleme zu wecken. Er bespricht ausführlich Anatomie und Physiologie der Atmung, berührt dabei das Problem der Singatmung und gibt Anleitungen zu Atemübungen, die er sehr empfiehlt. Anatomie und Physiologie des Kehlkopfes werden eingehend durchgenommen, nebst einem Exkurs über die Schallehre, ferner die Vokaltheorie, die Untersuchungsmethoden des Kehlkopfes, Sprech- und Singstimme, Umfang und Stimmeinsatz. Eigene Untersuchungen an Kindern ergaben in Wien grössere Stimmumfänge als andere Autoren gefunden haben. Die Ausführungen über die Anatomie und Physiologie des Ansatzrohres: Mund, Nase, Rachen füllen den dritten Abschnitt des Buches, der auch die Physiologie der Mundlaute und die Lehre vom Satzakzent enthält. Hierauf folgen die funktionellen Stimmstörungen: Heiserkeit, Stimmschwäche, Aphonie und Störungen der Mutation, sowie eine Beschreibung des Ganges der Untersuchung bei Störungen der Singstimme. Eigene Untersuchungen über die funktionelle Heiserkeit der Schulkinder lehren, dass die Mutation einen günstigen Einfluss auf die Stimme hat. Die funktionelle Heiserkeit wird dann bei Knaben seltener. Die letztere teilt Fr. klinisch in drei Gruppen, nämlich 1. solche mit gepresster Stimme, 2. solche mit paretisch klingender Stimme, 3. solche, die weder den Eindruck einer übermässigen noch einer besonders schwachen Annäherung der Stimmlippen machen. Die Phonasthenie kann Folge mangelhafter Schulung oder stimmlicher Ueberanstrengung sein, sie kann aber auch auf neurasthenischer, hysterischer oder hypochondrischer Grundlage entstehen (also neurotisches oder psychotisches Symptom sein. D. Ref.). Mit der Besprechung der Phonasthenie der Redner und Rufer beschliesst F. den vierten Abschnitt. Der fünfte ist der kindlichen Sprachentwicklung in Anlehnung an das von Liepmann geänderte Wernicke-Lichtheimsche Schema der Sprachbahnen gewidmet, ferner den häufigsten Sprachfehlern: Hörstummheit, Stammeln, Stottern und schliesslich der Hygiene der Stimme und Sprache, weshalb F. hier stimm-sprechhygienische Regeln aufstellt. Im letzten Abschnitt über die Ausbildung zum Sänger und Sprecher versucht Verf. sich mit den Gesangslehrern auseinanderzusetzen. Dass hier ein literarischer Eklektizismus zur Notwendigkeit wurde, wird nicht wundernehmen, jedoch tritt er auch an einigen anderen Stellen des Buches auf, so hätte uns z. B.

eine Stellungnahme des Verf. zur Registertheorie sicher interessiert. Andererseits fehlt bei der Vokaltheorie ein Hinweis auf die Lehre von den erzwungenen Schwingungen in der Physiologie, die doch für die ganze Vokalanalyse von ausschlaggebender Bedeutung ist. Am Schluss des Buches gibt F. ein Schema für Sprechübungen mit zahlreichen Beispielen. Nadoleczny.

e) Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Dezember 1919.

Vorsitzender: Hajek.

Der Vorsitzende hält einen Nachruf auf den verstorbenen Prof. Onodi.

G. Alexander (a. G.) demonstriert einen Kranken und Präparate zur Radium- und Röntgenbehandlung des Kehlkopfkarzinoms.

Dem Pat. ist November 1918 die Totalexstirpation vorgeschlagen worden, die aber abgelehnt wurde; der Tumor ist unter Röntgen- und Radiumbehandlung ein ganzes Jahr lang operabel geblieben. Der Tumor ist zwar etwas gewachsen, von reichlich Kirschgrösse auf klein Walnussgrösse, andererseits aber sind die durch ihn bedingten subjektiven Beschwerden teils in den Hintergrund getreten, teils verschwunden. Pat. hat auch an Gewicht zugenommen. Der Fall gehört insofern zu den prognostisch ungünstigen, als es sich um ein auf den Pharynx übergreifendes Pattenepithelkarzinom handelte. Die Probeexzision Oktober 1918, die von profuser Blutung gefolgt war, ergab Plattenepithelkrebs; die Probeexzision November 1919 hatte keine nennenswerte Blutung zur Folge und ergab einen entzündlich infiltrativen Prozess und keine maligne Neubildung mehr. A. ist weit entfernt, daraufhin von „Heilung“ zu sprechen; immerhin ist teilweise, zumindest in dem von der Probeexzision getroffenen Teil, keine maligne Neubildung mehr getroffen. Es sollen jetzt regelmässig in dem Fall Probeexzisionen gemacht werden.

Fein: Die Plattenepithelkarzinome des Larynx sind nicht die bösartigsten, sondern relativ gutartig; er hat einen Fall 13 Jahre lang beobachtet, ohne dass er wesentlich zunahm.

Hirsch hat zur selben Zeit, wie den hier demonstrierten auf Alexanders Abteilung einen gleichen Fall von histologisch beglaubigtem Krebs auf der pharyngealen Fläche des Kehlkopfs gesehen, der nach Gluck operiert wurde; jener Fall ging nach wenigen Monaten an Rezidiv zugrunde, während der andere mit Röntgen und Radium behandelte noch am Leben ist.

Fremel (a. G.) demonstriert zur Vaguskernfrage histologische Präparate einer Medullarerkrankung (plötzliche fieberhafte Erkrankung mit Gaumensegellähmung und Schlucklähmung; dann Lähmung der Akzessoriusnerven, der Rückenmuskulatur und schliesslich des Zwerchfells). Stimmbandmotilität war normal. Tod durch Atemlähmung. In den Präparaten sind die grauen Vorderhörner und ihre Fortsetzung nach oben, das ist der ventrale Vaguskern, und weiter der Fazialiskern entzündlich verändert; der unterste Anteil des motorischen (ventralen) Vaguskerns ist von der histologischen Veränderung verschont.

Marschik erinnert an zwei auf der Klinik zur Beobachtung gekommene Fälle von Landry'scher Paralyse: in dem einen Falle kam es auch schliesslich zur Atemlähmung, kombiniert mit Extremitäten- und beiderseitiger Vaguslähmung (N. laryng. sup. und inf.). Die Pat. können infolge der sensiblen Kehlkopflähmung und der gleichzeitigen motorischen Lähmung des Zwerchfells und der Interkostalmukeln nicht aushusten; damit sie nicht in ihrem Sekret ertrinken, muss man sie von Zeit mit Kopf und Schultern fast bis zur Senkrechten senken und so das Sekret ausleeren.

G. Hofer demonstriert 1. einen Fall von Paraffinplastik des rechten Stimmbandes nach Brünings (indirekte Methode).

Rechtsseitige Stimmbandlähmung infolge Verletzung des Rekurrens bei Strumaoperation. Das funktionelle Resultat der Paraffinplastik durchaus befriedigend. Acht Tage nach der Injektion entstand im Bereich der alten Strumanarbe eine Vorwölbung, später Abszedierung mit einer Menge stinkenden Eiters. In der Folge soll sich angeblich eine kleine Menge Paraffin durch die Wunde entleert haben, was aber nicht kontrolliert werden konnte. Das Paraffin müsste dann seinen Weg durch das Lig. conicum genommen haben. Rechte Stimmlippe steht in Medianstellung. Pat. ermüdet beim Sprechen nicht.

Kofler hat 3 Fälle so behandelt, das Stimmresultat war in 2 sehr befriedigend. Leichter als mit Paraffin von 52° dürfte die Injektion mit solchem von 45° sein; da jetzt kein chemisch ganz reines Paraffin erhältlich ist, soll man damit vorsichtig sein.

2. Mediastinaltumor; Lymphosarkom mit Trachealstenose.

14jähriger Bauersohn; hochgradige Trachealstenose infolge Mediastinaltumor; Tracheotomie schien durch Struma erschwert, daher Einführung eines Tracheoskops, durch das Pat. soweit atmen konnte, dass zur Tracheotomie geschritten werden konnte. Dann Einführung einer Königschen Kanüle, die, als Pat. nach einigen Tagen sich erholt hatte, gegen eine kurze Auersche vertauscht werden konnte. Die endoskopische Kontrolle liess jetzt die maximale Stenose vermissen.

Hofer erklärt die Asphyxie und maximale Stenose durch eine plötzlich eingetretene vermehrte Blutstauung. Die am liegenden Tracheoskop vorgenommene Tracheotomie — eine in jüngster Zeit von v. Eicken empfohlene Methode — hatte ein Schwinden des — sozusagen — variablen Teiles der tiefen Trachealstenose zur Folge, wahrscheinlich hervorgerufen durch die erleichterte Atmung durch die Kanüle und durch den Blutverlust bei der Operation. H. hat in einem anderen Falle von tiefsitzendem Mediastinaltumor durch eine Venaesektion eine bedeutende subjektive Erleichterung erzielt.

Menzel berichtet über einen Fall von subglottischer Stenose; Pat. war vor 2 Jahren tracheotomiert worden und bat um Dekanülierung. Nach Versuch der Dilatierung mit Schrötterschen Röhren und später mit Thostschen Bolzen trat heftige Reaktion auf. Auf Grund mikroskopischer Untersuchung eines probeexzidierten Stückes wurde der anfängliche Verdacht auf Sklerom fallen gelassen und M. stellt die Diagnose auf chronische subglottische Laryngitis. Exzision der

subglottischen Schwellung beiderseits hatte wieder sehr heftige Reaktion mit hochgradiger Stenose zur Folge. M. lässt jetzt den Larynx ganz in Ruhe; er beabsichtigt, demnächst zu dekanülieren, da er sich überzeugt hat, dass unterhalb der subglottischen Schwellung kein weiteres Atemhindernis besteht.

Kofler berichtet einiges zur Geschichte dieses Falles, den er nach der Tracheotomie auf der chirurgischen Klinik beobachtete. Er rät zur Kauterisation der Schwellungen, eventuell zur Radiumbehandlung.

Hajek hält den Fall verdächtig für Tuberkulose; er hat diesen Verdacht auf Grund der blassen reaktionslosen Schwellung.

Kellner demonstriert einen Pat., bei dem er vor 14 Tagen ein kirschgrosses Tuberkulom aus der vorderen Kommissur entfernt hatte, das $^2/_3$ der rechten Stimmlippe verdeckte.

Marschik: Zungenpharynxresektion wegen Karzinoms; Lokalanästhesie. Ausgedehnter Tumor mit Drüsenmetastasen. Operation in Lokalanästhesie, die sich als völlig ausreichend erwies. Zunächst Tracheotomie und präliminäre Abdichtung des Larynx durch einen per conicotomiam eingeführten Tampon; daran schloss sich die recht schwierige Ausräumung der beiderseitigen Lymphdrüsen, wobei die rechte V. jugularis interna reseziert wurde. Dann Radikaloperation und Freilegung der rechten Pharynxseite, Resektion der rechten Zungenbeinhälfte, allmähliches Hinaufarbeiten an die innere Unterkieferfläche, Umschneidung des Tumors und der ganzen Zunge vom Munde aus, Durchziehung durch die Operationswunde und endgültige Abtrennung (Tunneloperation). Am 16. Tage Entfernung des Larynxtampons, zwei Tage darauf Dekanülierung.

Feuchtinger: Knöcherne Atresie der rechten Choane.

25jähriger Mann; sehr hoher, etwas asymmetrischer Gaumen, rechte Choane erheblich schmäler als die linke; Tubenöffnung normal, keine Störung von seiten des Ohres. Die Atresie ist eine angeborene. Im Röntgenbild keine Asymmetrie im Skelett, und Nebenhöhlen ohne Befund. Pat. soll nach der Methode v. Eicken operiert werden.

Hanszel: Der hohe Gaumen ist bei angeborener Choanalatresie nicht immer vorhanden; es sind auch Fälle mit flachem breitem Gaumen beschrieben worden.

Menzel weist darauf hin, dass Fälle von beiderseitiger angeborener Choanalatresie zeigen, dass nicht die Mundatmung allein zu trockenem Rachenkatarrh führe. Trotz der ausschliesslichen Mundatmung ist der Rachen bei diesen Pat. oft normal. Er hat eine Frau mit doppelseitiger angeborener Choanalatresie operiert; ihr Rachen war vollkommen normal gewesen, von der Operation an hatte sie Pharyngitis sicca. Es gehört zu letzterer Kommunikation zwischen Rachen und Nase und abnorme Sekretion aus dieser; Mundatmung kommt ätiologisch in zweiter Linie in Betracht.

Seemann: Wiederherstellung der Stimme nach Laryngektomie.

Ausgezeichnetes Resultat durch systematische Uebungen, die schon sechs Wochen nach der Operation begannen. Pat. spricht vollkommen fliessend ohne

jede Anstrengung, Erscheinungen, die durch das Verschlucken von Luft hervorgerufen würden, sind nicht zu hören. Pat. hat gelernt, ihre Stimme zu modulieren, wodurch diese leicht verständlich wird; die Stimme hat ungefähr eine halbe Oktave Tonumfang. Pat. beginnt jetzt sogar singen zu lernen.

Walter Weiss stellt Pat. mit ausgedehnter Stomatitis ulcerosa vor. Auf intravenöse Neosalvarsaninjektion ging die Affektion zurück.

E. Wessely (a. G.): Ulcus mucosae oris mit bisher unbekannter Aetiologie.

Grosses Ulkus der linken Tonsille; alle bisherigen Untersuchungen sind negativ ausgefallen; Ulkus schreitet weiter.

W. erörtert die Möglichkeit, ob es sich vielleicht um ein Ulcus neuroticum handeln könne, wie es Strandberg in Acta oto-laryngologica beschrieben hat.

Sitzung vom 7. Januar 1920.

Vorsitzender: Harmer.

Ruttin: Mukosusotitis mit subokzipitalem und retropharyngealem Senkungsabszess.

Bei der Pat. war Operation des Warzenfortsatzes gemacht worden, 3 Wochen später eine zweite Operation, bei der ein Extraduralabszess der mittleren Schädelgrube freigelegt war. Es traten bald heftige Schmerzen im Nacken auf. Etwa 5 Monate später sah R. die Pat. wieder; es war eine mächtige subokzipitale Schwellung und eine Fistel an der rechten Seite der hinteren Pharynxwand, etwa in Zungengrundhöhe. Entleerung eines an der Schädelbasis gelegenen subokzipitalen Abszesses; Inzision der Pharynxfistel, wobei aber kein Eiter oder rauher Knochen gefunden, auch eine Kommunikation mit der äusseren Wunde nicht festgestellt wurde. Die Fistel heilte nicht, auch schloss sich die subokzipitale Wunde nicht; erst nach einer längere Zeit darauf vorgenommenen zweiten Operation mit breiter Lappenbildung am Halse, wobei ein tiefer seitlicher Halsabszess eröffnet wurde, trat Heilung ein. Im Eiter des zuletzt eröffneten Abszesses fanden sich Streptodiplokokken.

Toch berichtet ebenfalls über einen Fall von Abszess in der tiefen Nackenmuskulatur bei eitriger Mittelohrentzündung.

Hajek: Multiple Tumoren der oberen Luftwege.

52jähriger Kollege konsultierte wegen Tumor am oberen Pol der rechten Tonsille und am weichen Gaumen; die Tumoren waren je kirschgross, von bläulicher Farbe. Kleine bläuliche stecknadelkopfgrosse Punkte hatten sich seit vier Wochen an der Haut des rechten Nasenflügels entwickelt. Mikroskopische Untersuchung der mit galvanokaustischer Schlinge aus dem Rachen entfernten Tumoren ergab: Teleangiektatisches Spindelzellensarkom. Drei Wochen später traten an der Bindehaut, an den Extremitäten kleine Angiome auf und in den nächsten Monaten üppiges Wachstum von bis haselnussgrossen Tumoren in den oberen Luftwegen, Gaumenbögen, weichen Gaumen, Nasenrachenraum, Zungenbasis. Die Tumoren wurden alle 14 Tage bis 4 Wochen mit der Schlinge entfernt; sie waren gestielt und bluteten bei der Entfernung wenig. Dies ging so fast ein Jahr hindurch. Dann änderten die Tumoren ihr Verhalten; sie verfärbten sich an der

Oberfläche grauweiss und stiessen sich spontan ab. Pat. sammelte innerhalb sechs Wochen mehr als 80 Tumoren. Ende 1915 Heiserkeit und Atemnot; es wurde ein nahezu wallnussgrosser Tumor am linken Taschenband festgestellt, der endolaryngeal entfernt wurde. Nach 3 Monaten wegen Larynxstenose infolge breitbasig aufsitzenden Tumors Tracheotomie. Pat. ging schliesslich an Anämie und Erschöpfung in hydropischem Zustand zugrunde.

Das Charakteristische ist: 1. Die isoliert auftretenden Geschwülste zeigten lokal keinen malignen Charakter; sie ulzerierten fast niemals, infiltrierten nie das umgebende Gewebe und neigten zur spontanen Involution. Das Maligne lag in der Generalisierung. 2. Hervorzuheben ist der Mangel an lokalen Rezidiven nach Entfernung der Tumoren, obwohl von einer radikalen Entfernung nicht die Rede sein konnte. Bei der Analyse des Baues der Geschwülste kommt H. zu dem Ergebnis, dass die Spindelzellen allem Anschein nach glatte Muskelfasern darstellen; es würde sich demnach um ein Myosarkom handeln. H. hat in der Literatur nur 3 die oberen Luftwege betreffende Fälle gefunden, einen von Weil und 2 von Massei. Aber in diesen Fällen handelte es sich um einen Tumor.

Weil: In dem von ihm beobachteten Fall war der am weichen Gaumen sichtbare Teil der Geschwulst klein; er erstreckte sich aber in den Nasenrachenraum bis an die Schädelbasis; auch wurden bei der Autopsie im Dünndarm zwei Tumoren gefunden.

H. Stern: Ein Fall von Sigmatismus nasalis bei gleichzeitig bestehender Staphyloschisis und submuköser Gaumenspalte.

S. bezeichnet es als höchst auffallend, dass das partielle Näseln — um ein solches handelt es sich ja — nur die S-Laute betrifft. Die Widerstandsfähigkeit des Gaumensegels ist beim Sigmatismus nasalis im allgemeinen beträchtlich herabgesetzt und hierin ist wohl einer der Hauptpunkte für ihre Aetiologie zu suchen. S. konnte bei allen diesen Fällen eine mehr oder weniger starke allgemeine Rhinolalia aperta konstatieren. Auch die submuköse Gaumenspalte, die S. in seinen letzten 5 Fällen regelmässig konstatieren konnte, dürfte das Zustandekommen der Affektion begünstigen. Die Laute der S-Reihe werden vom Kinde am spätesten rein gebildet. Wir dürfen wohl sagen, dass für die Bildung der S-Laute ausser der striktesten Einstellung der Zunge ein ganz besonders feiner Mechanismus seitens des Velums erforderlich ist. Wo letzterer nicht vorhanden ist — wie in diesem Fall — wird es zu mehr oder minder stark ins Gewicht fallenden Affektionen, insbesondere seitens der S-Laute kommen.

Hofer: Exstirpation des Zungengrundes nach einer neuen von Hajek und Hofer ausgearbeiteten Methode.

Pat. war im Jahre 1916 wegen eines wallnussgrossen „Drüsentumors" am Zungengrund, der wahrscheinlich vom Ductus thyreoglossus ausging, durch Morcellement operiert. Das etwa kleinfaustgrosse Rezidiv, dessen Untersuchung stellenweise malignen Charakter ergab, wurde folgendermassen operiert: Das Zungenbein wurde median in Ausdehnung von 4 cm reseziert und das Fragment samt den an demselben inserierenden Zungenmuskeln nach aufwärts geklappt. Temporär wurde das Lig. hyo-epiglotticum submukös durchtrennt und man gelangte an Zungengrund und Tumor. Es wurde der ganze Zungengrund bis zum

Foramen coecum reseziert nach vorheriger Tracheotomie und Abtamponierung der Ringknorpelenge durch das Lig. conicum. Pat. ist auf dem Wege der Heilung und dekanüliert.

Seemann: Traumatischer Defekt des weichen Gaumens.

Links von der Uvula Defekt im weichen Gaumen, und zwar in seiner Pars perpendicularis; von diesem ausgehend eine Narbe, die sich im weichen Gaumen bis fast zum harten Gaumen erstreckt. Der Fall ähnelt einem Uranoschisma. Pat. hat sich als 7jähriges Kind mit einem Drahthaken den weichen Gaumen aufgerissen. Pat. hat Rhinolalia aperta. Diese wird nicht verursacht durch den Defekt als solchen, sondern ist die Folge der Narbe an der Pars horizontalis des Gaumens, wodurch das Gaumensegel beim Anlauten einseitig verzogen wird und den nötigen Abschluss nicht zulässt. Hanszel.

---

f) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 16. April 1920.

Vorsitzender: Heymann.

Lautenschläger: Ueber Herd- und Flächeneiterung.

Wenn wir uns vergegenwärtigen, wie schwer schon bei unkomplizierten chronischen Nebenhöhleneiterungen der Nachweis eiterigen Sekrets in der Nasenhöhle ist, so leuchtet ein, dass das mit dem Fortschreiten der Ozäna immer weniger werdende Nebenhöhlensekret nicht oder nur zum kleinsten Teil in der Nasenhöhle erscheinen kann. Zudem bildet sich das Ozänasekret auf der Schleimhautoberfläche in spärlicher Menge konstant und langsam, während das Nebenhöhlensekret in seiner Menge und Zusammensetzung ausserordentlich wechselt. Dem entsprechen die operativen Befunde: Freier Eiter wurde in den eröffneten Höhlen bei frühen Ozänafällen in geringer Menge vorgefunden, ein Empyem nie. Trotz der fehlenden Eiterung aber kann die Nebenhöhlenschleimhaut chronisch krank sein; Aufhören der Eiterung ist nicht identisch mit Aufhören des Krankheitsprozesses. Die Menge der Absonderung steht praeter propter in umgekehrtem Verhältnis zur Dauer der Erkrankung; je älter also die Nebenhöhlenaffektion ist, um so weniger Sekret werden wir finden und da wir es bei der Ozäna nie mit frischen Prozessen zu tun haben — akute Nebenhöhleneiterung und Ozäna schliessen sich, abgesehen von traumatischer Sinusitis, gegenseitig aus — so ist schon die Möglichkeit der Sekretbeteiligung bei der Spätozäna von seiten der Nebenhöhlen recht gering. Besteht aber auch nur ein kleiner Zufluss aus der Nebenhöhle, so kommt es selbst bei weiter Nase nicht so leicht zur Eindickung des Sekrets und Borkenbildung, denn das aus der Nasenhöhle stammende Sekret ist wasserreicher als das auf die Schleimhautoberfläche durchsickernde. Infolgedessen ist auch nach dieser Seite eine Nebenhöhleneiterung eher ein Schutz gegen die Borkenbildung.

Als Ursachen für die Neigung des auf der Schleimhautoberfläche erscheinenden Sekrets zur Eindickung und Borkenbildung bezeichnet L. auf Grund seiner Untersuchungen die folgenden:

1. Verlangsamung des Sekretstromes durch Hindernisse im Gefässquerschnitt, infolgedessen verlangsamter Abtransport der Lymphozyten innerhalb der Gewebe.

2. Wasserarmut der Gewebeflüssigkeit, die Lymphozyten werden infolgedessen von der Schleimhautoberfläche nicht abgespült.

3. Veränderung der Gleitfläche durch metaplasiertes Epithel und durch mangelhafte Funktion der Schwellkörper.

4. Weitere Flüssigkeitsentziehung infolge gesteigerter Verdunstung.

5. Qualitative Veränderung des Nasensekrets.

Die Weite der Nase spielt bei dem Mechanismus der Sekretbewegung keine ausschlaggebende Rolle, denn es gibt Ozänen bei relativ enger Nase und weite Nasen ohne Ozäna.

Beweisend ist das Verhalten des Ozänasekrets nach der Verlagerung der medialen Kieferhöhlenwand. Durch den jeden operativen Eingriff begleitenden ententzündlichen Reiz wird das Elüssigkeitsdefizit im Gewebe aufgehoben. Das Oberflächensekret wird verdünnt und abgeschwemmt.

Lennhoff fragt an, ob das mikroskopische Bild bei der Rhinitis atrophicans simplex sich von dem bei Ozäna wesentlich unterscheidet.

Alexander begrüsst es, dass Lautenschläger wie die meisten Untersucher zu dem Resultat gekommen ist, dass die Nebenhöhlenerkrankung nicht Ursache der Ozäna sein kann. Nicht übereinstimmen kann er mit ihm darin, dass die Borkenbildung durch eine geringere Flüssigkeitsbildung zu erklären sein soll; er glaubt vielmehr, dass zu dem ursprünglichen Sekret noch etwas hinzukommen muss, um es zur Eintrocknung zu bringen; M. Schmidt nennt es Sikkativ, B. Fränkel Ferment. Er sieht nicht, dass mit dem Fortschreiten der Ozäna das Sekret geringer wird; im Gegenteil, es wird mit ihrem Fortschreiten nur um so stärker. Es widerspricht A. ferner, dass der ganze Ozänaprozess im wesentlichen ein Schleimhautprozess sein und eine primäre Schleimhauterkrankung zu einer Bindegewebsbildung führen und erst zuletzt auch der Knochen erkranken soll.

Dass Lautenschläger mikroskopisch am Knochen wesentliche Veränderungen nicht feststellen konnte, liegt wohl an unseren vorläufig noch mangelhaften Präparations- und Färbemethoden. Röntgenuntersuchungen aus der Wittmaackschen Klinik haben ergeben — und A. kann dies nach eigenen Erfahrungen bestätigen, dass der Knochen der Ozänanase die Strahlen nur spärlich durchlässt: ein Knochen, der sich im Röntgenbild so abweichend verhält, muss irgendwie erkrankt sein. Dazu kommt die von L. selbst festgestellte Sklerose des Knochens, seine zunehmende Atrophie und schliesslich das heute gezeigte Auftreten von hyalinen Flüssigkeitslinien.

Bei seinen Schuluntersuchungen über Ozäna hat A. eine ganze Anzahl von Fällen gefunden, die zeitweilig ganz das Bild der Rhinitis hyperplastica boten; nach Kokainisierung trat dann sofort wieder das Bild der Ozäna hervor. Die untere Muschel reichte mit ihrem unteren Rande nicht mehr bis in die Nähe des Nasenbodens, wie es in der Norm der Fall sein soll, sondern es blieb ein grosser Raum dazwischen. Also zu einer Zeit, in der die Schleimhaut noch die Fähigkeit des Anschwellens besass, ein Schwellkörper also noch vorhanden war, war der Knochen bereits deutlich atrophisch.

A. ist der Ansicht, dass bei der Ozäna der Knochen gleichzeitig mit der Schleimhaut erkrankt und dass die Knochenerkrankung das Wesentliche ist; er hat in früheren Arbeiten nachzuweisen gesucht, dass für den Knochenaufbau nötige

Substanzen nicht zum Knochen gelangen, sondern gewissermassen im Periost stecken bleiben, so dass es zu einer Periostverdickung kommt. Dass die Nebenhöhlenschleimhaut bei Ozäna Veränderungen zeigt, ist nicht wunderbar, da Nasen- und Nebenhöhlenschleimhaut in einander übergehen; jedenfalls zweifelt A. daran, dass die Schleimhauterkrankung die Ursache der Ozäna ist, sie entwickelt sich vielmehr einheitlich mit den übrigen Krankheitserscheinungen.

Bezüglich der von Lautenschläger in der Ozänaschleimhaut gefundenen roten Körperchen verweist A. auf eine Arbeit von Polyak (Arch. f. Laryng., Bd. 6, S. 101) über hyaline und kolloide Entartung der Zellen in der hypertrophischen Nasenschleimhaut.

Finder: Wie verhält sich Lautenschläger gegenüber einem Falle folgender Art, wie wir ihn täglich sehen?: Atrophie der Schleimhaut mit übelriechenden Borken, die besonders an der mittleren Muschel lokalisiert sind; nach Ablösung der Borken quillt Eiter hervor und bei weiterer Untersuchung bzw. Ausräumung des Siebbeins stellt sich heraus, dass ein Siebbeinempyem vorliegt. Bezeichnet L. dies als Siebbeinempyem oder als eine Ozäna mit Siebbeinempyem oder gar als eine vom Siebbein ausgehende Ozäna?

Ferner: L. sieht in der Weite der Nasenhöhle bei Ozäna nichts Wesentliches; in den allermeisten Fällen ist aber eine solche abnorme Weite vorhanden; wo sie nicht vorhanden ist — was meist bei gleichzeitiger Septumverbiegung auf der Seite der Konvexität der Fall zu sein pflegt — ist zwar auch Atrophie der Schleimhaut vorhanden, im übrigen aber sind die Erscheinungen der Ozäna, vor allem die Borkenbildung, auf der engen Seite nicht im entferntesten so ausgeprägt wie auf der weiten Seite.

Schliesslich kann F. sich nicht recht vorstellen, wie das Flüssigkeitsdefizit, das Lautenschläger als das wesentliche Moment bei der Ozäna ansieht, durch die von ihm vorgeschlagene Therapie der Verlagerung der lateralen Nasenwand behoben werden soll.

Lautenschläger erwidert Finder, dass es frühe Ozäna gibt, bei der eine Nebenhöhlenerkrankung im Vordergrund steht, neben Hypertrophie im mittleren zugleich Atrophie im unteren Nasengang vorhanden ist. Gerade diese Fälle hat er zum Ausgangspunkt seiner operativen Therapie genommen. Bei ihnen spielt die Herdeiterung eine gewisse Rolle. Die Verengerung der Nase kann darum nicht das Wesentliche der operativen Therapie sein, weil unter Umständen die Ozäna auch in der verengerten Nase weiterbestehen kann. Bei Septumverbiegung findet man auch auf der verengten Seite bei genauem Zusehen alle Zeichen der Ozäna. L. hat aber Fälle beobachtet und auch hier vorgestellt, wo das Septum gerade stand, die Nasenhöhlen wenig erweitert, die Muscheln gut erhalten waren und doch der typische Gestank vorhanden war; sie zeichnen sich durch Knochensklerose aus.

Auf Lautenschlägers Frage ist zu antworten, dass bei Rhinitis atrophicans simplex, wenn die Nebenhöhlen erkrankt waren, ähnliche mikroskopische Bilder vorhanden sind, nur werden die eigenartigen amorphen Körper im Knochen vermisst und die bindegewebige Sklerosierung war nur im geringen Masse vorhanden.

Was die Meinung Alexanders anbetrifft, dass mit fortschreitender Ozäna die Sekretion in der Nase stärker wird, so steht L. auf dem Standpunkt Gottsteins: Man sieht nur mehr von der Sekretion. Dadurch, dass das Sekret zu Borken eintrocknete, tritt es besser in die Erscheinung; solange das Sekret flüssig ist, wird es abgeschwemmt.

L. hält daran fest, dass der Schleimhautprozess das Primäre ist. Den Hauptwert hat die anatomische, vor allem die mikroskopische Untersuchung. Bei 8 bis 9jährigen Kindern hat er ebenfalls Atrophie der Muschelknochen feststellen können („Ozänakandidaten"). Wenn aber schon in den ersten Lebensjahren eine Infektionskrankeit mit Beteiligung der Nebenhöhlen durchgemacht wurde, so kann die Knochenkrankheit ganz gut sekundär sein.

Die herabgesetzte Durchlässigkeit der Knochen bei der Röntgenuntersuchung kann auf Sklerosierung der Knochen beruhen, der Knochen braucht selbst nichts Abnormes zu enthalten. Andere Ozäna-Fälle mit dünnem Knochen zeigen nicht den geringsten Schatten im Röntgenbild, trotzdem eine Nebenhöhlenerkrankung besteht.

Sitzung vom 14. Mai 1920.

Vorsitzender: Killian.

Weingärtner demonstriert einen 1. Fall von Orbitalabszess und Panophthalmie; die Aetiologie war dunkel, eine Nebenhöhlenerkrankung nicht nachweisbar.

Der Abszess wurde durch Punktion sichergestellt und durch Inzision Eiter entleert; der Exophthalmus ging aber nicht zurück. Es wurde der Schnitt in der Richtung des üblichen Stirnhöhlenschnittes verlängert und die Orbita abgelöst, es fand sich aber alles normal. Es wurde dann die Exenteratio bulbi vorgenommen, es kam eine Menge Eiter aus dem Bulbus heraus, es handelte sich also um einen Orbitalabszess mit Panophthalmie.

2. Operative Erweiterung des Larynx bei Postikuslähmung.

Junges Mädchen bekam 1919 bei Entfernung eines substernalen Strumaknotens Atemnot; es wurde Tracheotomie gemacht und die Operation zu Ende geführt. Nach einiger Zeit konnte auch die Kanüle fortgelassen werden; 40 Tage später wieder Atemnot, nochmals Tracheotomie, seitdem Unmöglichkeit, die Kanüle zu entfernen. Untersuchung ergab doppelseitige Postikuslähmung. Es wurden beiderseits die Stimmlippen submukös reseziert, auch die Stimmfortsätze fortgenommen und ein Laryngostoma angelegt. Später wurde das Laryngostoma plastisch gedeckt. Pat. ist ohne Kanüle mit freier Atmung und verrichtet Arbeit als Hausmädchen; das phonetische Resultat lässt zu wünschen übrig.

Barth fragt nach der Aetiologie der Postikuslähmung.

Weingärtner meint, es habe sich um Narbenschädigung des Rekurrens gehandelt.

Killian: Doppelseitige Postikuslähmungen nach Strumektomie sind in der Literatur mehrfach berichtet; offenbar handelt es sich um entzündliche Vorgänge und Narbenbildung, die beide Rekurrentes unterhalb des Kehlkopfs treffen. K. hat während des Krieges die submuköse Stimmlippenexzision öfter wegen Narben-

fixation der Stimmlippen ausgeführt; in diesen Fällen wurde auch immer eine zwar rauhe, aber gut brauchbare Stimme erzielt.

Minnigerode: Zwei Fremdkörperfälle.

1. 5 Monate altes Kind, das das Ansatzstück eines Saugers verschluckt hatte und nach 7 Tagen in die Klinik gebracht wurde. In Schwebeuntersuchung wurde das Oesophagoskop in den Oesophagus eingeführt und so der 3 cm unterhalb des Oesophagusmundes sitzende Fremdkörper entfernt. Heilung.

2. 14 Monate altes Kind, das angeblich eine Brotkruste verschluckt haben sollte. Schwebeösophagoskopie zeigte aber, dass es sich um einen Knopf handelte, der leicht entfernt werden konnte.

Beide Fälle sind ein Beweis für die Zweckmässigkeit des Schwebeverfahrens bei derartigen Fremdkörpern. Der erste Fall ist dadurch bemerkenswert, dass der Fremdkörper 8 Tage im Oesophagus gesessen hatte und dass wiedereinmal von anderer Seite der Versuch gemacht worden war, den Fremdkörper hinabzustossen.

Weingärtner berichtet über einen Fremdkörperfall, der dadurch bemerkenswert ist, dass ein Knochenstück länger als 7 Wochen unterhalb des Oesophagusmundes eingespiesst war; nachdem die Pat. das Knochenstück verschluckt hatte, ging sie zum Arzt, der die Schlundsonde einführte, aber nichts fand. Nach 7 Wochen kam Pat. in die Klinik, sie klagte nur über leichten Druck im Halse; es wurde zuerst Diagnose auf Pharyngitis gestellt und demgemäss behandelt, schliesslich aber ösophagoskopisch ein tiefes, kraterförmiges Ulkus an der rechten hinteren Oesophaguswand festgestellt, wo der Knochen eingespiesst war. Entfernung durch Oesophagoskopie.

Es wird vorgeschlagen, dass in den Rettungsstationen Merkblätter verteilt werden, in denen Vorschriften über das Verhalten gegenüber aspirierten und verschluckten Fremdkörpern angegeben und vor allem vor dem Gebrauch von Münzen- und Grätenfängern gewarnt wird. Herr Weingärtner wird mit der Abfassung eines solchen Merkblattes beauftragt.

Killian spricht noch einmal über die in der vorletzten Sitzung mitgeteilte Modifikation des Gluckschen Verfahrens zur Larynxexstirpation, die im wesentlichen darin besteht, dass nicht zwei türförmige Lappen gebildet werden, sondern in der Mitte des Halses die Haut, soweit sie gerade den Kehlkopf bedeckt, intakt gelassen und rechts und links davon entlang dem vorderen Rande des Sternokleidomastoideus ein langer Schnitt geführt wird. Es hat sich gezeigt, dass man, indem man den Kehlkopf nach rechts verschiebt, wenn man rechts, und nach links verschiebt, wenn man links operiert, sehr wohl auf diese Weise den Larynx exstirpieren kann. Durch diese Modifikation wird die Fistelbildung vermieden und die Heilungsdauer abgekürzt. K. hat dies Verfahren seitdem noch in 3 Fällen mit ausgezeichnetem Erfolg geübt. Als Vorteil stellte sich noch heraus, dass die Haut um die Trachealöffnung trichterförmig eingezogen ist, ferner dass die Haut ohne Gefahr der Nekrose durch den Verband nach hinten gedrängt werden kann.

In seinem dritten Fall hat K. noch eine weitere Modifikation angebracht. Er ist von der Erwägung ausgegangen, dass, wenn die Pharynxschleimhaut um

die Nahtlinie nekrotisch wird, man sich eine zweite Schicht schaffen muss, die hält. Gluck empfiehlt, man solle Weichteile — es handelt sich hauptsächlich um den Konstriktor — über der Oesophagusnaht als zweite Schicht zusammennähen; dies ist aber mangelhaft und verhindert den Durchbruch nicht. Die Muskelsubstanz muss in Verbindung mit den Weichteilen sein, an denen sie ansitzt und die ihr als Deckung und Unterlage dienen. Der Konstriktor inseriert am Perichondrium vom Zungenbein, Schildknorpel und Ringknorpel; K. lässt daher das Perichondrium im Bereich des hinteren Drittels der Schildplatte auf der gesunden Seite stehen und schält das hintere Drittel des Schildknorpels subperichondral aus; ebenso macht er es mit der Ringknorpelplatte. Er hat also ausser der pharyngealen Schleimhaut auf der Ringknorpelplatte die M. postici und das rückwärtige Perichondrium der Ringknorpelplatte als Wandmasse und darin noch die beiden unteren laryngealen Arterien geschont. Oben ist der Schildknorpel am Zungenbein durch die Membrana hyothyreoidea aufgehängt. Deswegen wurde in der Richtung des Konstriktorenansatzes auch die genannte Membran auf der gesunden Seite geschont. So war nach der Exstirpation des Kehlkopfs ein ausreichendes Deckmaterial vorhanden. Es wurde primäre Heilung erzielt. K. hat es nach 14 Tagen riskiert, den Ernährungsschlauch fortzulassen.

Wenn das Ca. den ganzen Larynx einnimmt, wird man natürlich eine zweite Schicht, wie in diesem Fall, nicht bilden können; dies geschähe auf die Gefahr, dass etwas zurückbleibt. Das darf unter keinen Umständen geschehen.

Killian: Ueber die Gefahren des Dauerkatheters im Oesophagus.

In dem einen Fall ging der Pat. an einer Blutung zugrunde, die, wie die Sektion zeigte, aus dem Oesophagus stammte; es fanden sich mehrere flache Erosionen und ein tiefes Geschwür, das den Aortenbogen durchbrach. Pat. hatte Nephritis und Arteriosklerose. Der gebrauchte Schlauch war etwas dicker und länger als gewöhnlich. Aus dem Fall ist zu lernen, dass wir kurze und dünnwandige Schläuche zu benutzen haben; da ein dünner Schlauch sich leicht verstopft, muss die Ernährungsflüssigkeit durch ein feines Haarsieb getrieben werden. K. bespricht im Anschluss daran einige Fälle, die er gesehen hat. In dem einen Fall war durch mikroskopische Untersuchung festgestellt worden, dass an der Stelle des Durchbruchs im Oesophagus ein paar Plattenepithelnester vorhanden waren.

Weingärtner berichtet im Anschluss daran über einen Fall, in dem nach einer Laryngofissur sehr heftige Blutungen auftraten, die schliesslich auf stärkere Tamponade und Druckverband von aussen auf den Hals standen. Pat. ging aber unter bronchopneumonischen Erscheinungen zu Grunde. Sektion ergab ein grosses Dekubitalgeschwür an der Vorderwand des Oesophagus, besonders in der Gegend der Ringknorpelplatte; genau gegenüber an der Hinterwand des Oesophagus ein Geschwür, von dem aus es zu einer eitrigen Infektion und teilweisen Zerstörung der Zwischenwirbelscheibe zwischen I. und II. Brustwirbel und zu einer beginnenden Nekrose des anliegenden Teils des I. und II. Brustwirbelkörpers gekommen war.

W. schiebt in diesem Fall dem Druckverband die Hauptschuld an der Infektion zu.

Gutzmann.

III. Briefkasten.

Max Scheier †.

In Berlin starb 57 Jahre alt unser Fachgenosse Max Scheier. Seine Ausbildung in der Rhino-Laryngologie verdankte er Bernhard Fränkel, an den er sich anschloss, nachdem er unter Körte am Urbankrankenhaus chirurgisch gearbeitet hatte.

Scheier gebührt das Verdienst, als einer der ersten die weittragende Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Erkrankungen im Bereich der oberen Luftwege erkannt und durch seine Arbeiten dazu beigetragen zu haben, dass diese grosse physikalische Entdeckung auch dem von uns gepflegten Zweig der Heilkunde zugute kommt. Noch in demselben Jahre, in dem Röntgens erste aufsehenerregende Mitteilung erschienen war, veröffentlichte Scheier Arbeiten über die „Anwendung der Röntgenstrahlen bei Schussverletzungen des Kopfes“ und über die „Photographie der Nasenhöhlen und des Larynx mittels Röntgenstrahlen“. Während er die grosse Bedeutung des Verfahrens für die Diagnose und Lokalisation mancher Fremdkörper der Nase und der Nebenhöhlen sofort voll würdigte, äusserte er sich schon damals in bezug auf ihren Wert für die Erkennung der Nebenhöhleneiterungen mit einer gewissen Skepsis, die sich dann auch im Verlauf der weiteren Erfahrungen als gerechtfertigt erwiesen hat. Mit besonderem Eifer und Geschick benutzte Scheier das Röntgenverfahren zu anatomischen und physiologischen Untersuchungen; so studierte er mit ihrer Hilfe die Ossifikationsvorgänge im Kehlkopf, die Physiologie der Stimme und Sprache, des Gesanges und des Schluckaktes.

Noch auf vielen anderen Gebieten unseres Spezialfaches hat Scheier, der auf der Höhe seines Schaffens eine sehr grosse literarische Produktivität entfaltete, sich mit grossem Eifer betätigt. So hat er in einer gemeinsam mit F. Klemperer gefertigten Arbeit den Nachweis zu führen gesucht, dass der Friedländersche, der Abelsche und der Rhinosklerombazillus identisch seien; er hat Untersuchungen angestellt über den Blutbefund bei Kindern mit adenoiden Vegetationen, hat Beiträge geliefert zur Kenntnis der sog. blutenden Septumpolypen und der Choanalatresie und eine ausgezeichnete Studie veröffentlicht über die Krankheiten der Mundhöhle bei Glasbläsern.

Nach Ausbruch des Krieges ging Scheier ins Feld; die laryngologischen Erfahrungen, die er als Oberstabsarzt bei der Truppe gesammelt hat, sind in Arbeiten über Schussverletzungen des Kehlkopfes und über die militärärztliche Beurteilung von Nebenhöhlenerkrankten niedergelegt. Als seine Felddienstfähigkeit durch ein Magendarmleiden aufgehoben war, das vielleicht den Grund für seine spätere tödliche Krankheit abgegeben hat, wurde er Chefarzt eines Reservelazaretts, in dem sich eine Station für Hals-Nasen-Ohrenkranke befand.

Scheier war ein Mann von grossem Fleiss und Eifer, der mit unermüdlicher Rührigkeit sich praktisch und literarisch betätigte, ein liebenswürdiger, gefälliger, stets hilfsbereiter Kollege, dem alle, die ihn kannten, stets ein freundliches Andenken bewahren werden. Finder.

Gestorben ist Arthur Washington de Roaldes in New Orleans, ein im Süden der Vereinigten Staaten sehr bekannter Oto-Laryngologe und Walter Franklin Chappell in New York, der lange Jahre am Manhattan Eye und Ear Hospital tätig war.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 88.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVII. August 1921. No. 8.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **G. Bradt** (Berlin), **Calamida** (Mailand), **R. Dreyfuss** (Frankfurt a. M.), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **F. Hanszel** (Wien), **R. Hoffmann** (Dresden), **R. Imhofer** (Prag), **G. Jonquière** (Bern), **R. Kotz** (München), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **R. Lund** (Kopenhagen), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXVII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1921) **25 Mark.**

Berlin 1921.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVII. Berlin, August. 1921. No. 8.

I. Referate.

a) Allgemeines; obere Luftwege.

1) **Stuart Mudd, Samuel B. Grant und Alfred Goldman. Die Aetiologie von akuten Entzündungen der Nase, des Rachens und der Tonsillen. (The etiology of acute inflammations of the nose, pharynx and tonsils.)** *Annals of Otol., Rhinol. and Laryngol. März 1921.*

Die Ergebnisse dieser experimentellen Arbeit, der von der Harvard-Universität der Boylston Medical Prize zugesprochen wurde, werden folgendermassen zusammengefasst:

Das filtrierbare Virus von Kruse (Münch. med. Wochenschr., 1914) und Foster (Journ. Amer. med. Assoc., 1916, S. 1180) verursacht augenscheinlich ein klinisches Krankheitsbild, einen Typus von akuter Koryza. Entsprechend den Versuchen seiner Entdecker ist es von relativ hoher Virulenz und kann eine Infektion herbeiführen, ohne dass dazu praktisch noch reizende Faktoren nötig sind.

Verschiedene Bakterien, wie der Pneumokokkus, Streptokokkus, B. rhinitidis, Diphtheriebazillus, Friedländerbazillus, wahrscheinlich auch B. catarrhalis, Meningokokkus, Vinzentsche Spirillen und fusiforme Bazillen und vielleicht noch andere scheinen imstande zu sein, Infektionen von verschiedenem Grade, Dauer und Symptomatologie hervorzurufen. Die relative Virulenz der Mikroorganismen variiert innerhalb weiter Grenzen; in einigen Fällen können hochgradige Infektionen von epidemischem Charakter, die von reizenden Faktoren unabhängig sind, hervorgerufen werden; in anderen Fällen können milde, sporadische Infektionen auftreten nur wenn Faktoren vorhanden sind, durch welche die allgemeine oder lokale Resistenz herabgedrückt wird.

Proteinempfindlichkeit, die Basis der vasomotorischen Rhinitis und des Bronchialasthmas, kann auch die Ursache einer relativ seltenen Untergruppe akuter rezidivierender „Erkältungen“ sein.

Ein Faktor, durch welchen die Resistenz gegen bakterielle Infektionen herabgesetzt wird, ist exzessive Abkühlung. Experimente zahlreicher Forscher haben gezeigt, dass Tiere, deren Bluttemperatur herabgesetzt ist, verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Infektion zeigen. Verff. glauben jedoch nicht, dass dies der

Mechanismus ist, durch welchen Abkühlung die gewöhnlichen Infektionen der oberen Luftwege beim Menschen hervorruft. Experimente haben gezeigt, dass Abkühlung der Körperoberfläche Kongestion vieler innerer Organe hervorruft. Infolge eines falschen Analogieschlusses hat sich die Theorie entwickelt und verbreitet, dass eine gleiche Kongestion der Schleimhaut der oberen Luftwege beim Menschen infolge Abkühlung entsteht und für die lokale Herabsetzung der Resistenz verantwortlich ist. In der vorliegenden Arbeit wird gezeigt, dass das Gegenteil wahr ist, dass nämlich Abkühlung der Körperoberfläche reflektorische Gefässverengung und Ischämie der Schleimhaut in Nase und Nasenrachenraum, Gaumen, Mundrachen und Gaumenmandeln hervorruft. Es scheint nicht unwahrscheinlich, dass durch die Ischämie die Herabsetzung der lokalen Resistenz verursacht wird. Im Verlauf der Versuche, durch welche die vasokonstriktorische Reaktion auf Abkühlung gezeigt wurde, erkrankten ungefähr 10 der Versuchspersonen an Erkältungen und Halsentzündungen, die gewöhnlich mild verliefen.

FINDER.

2) **A. Azzi. Ueber die Temperatur der Tonsillarschleimhaut unter normalen und pathologischen Bedingungen. (Sulla temperatura della mucosa tonsillare in condizioni normali e patologiche.)** *La Riforma medica. 8. Febr. 1921.*

Aus den Versuchen des Verf.'s ergibt sich die Tatsache, dass thermische Reize, auch wenn man sie auf sehr umschriebene Hautzonen einwirken lässt, unabhängig von der allgemeinen Körpertemperatur eine Veränderung in der Temperatur der Tonsillarschleimhaut herbeiführen, die bis zu einigen Graden betragen kann. Kälteapplikation auf der Haut z. B. Aussetzen eines Fusses einem kalten Luftstrom oder Eintauchen einer Hand in kaltes Wasser führt reflektorische Gefässverengerung der Tonsillarschleimhaut herbei, in etwas geringerem Grade als dies bei ausgedehnterer Abkühlung erfolgt. Allgemeine oder lokale Erwärmung der Körperoberfläche ohne vorhergehende Abkühlung hat Gefässerweiterung in den Tonsillen zur Folge, ebenso wie Wiedererwärmung nach Abkühlung. Wurde jedoch die Versuchsperson nach der Wärmeapplikation abgekühlt, so blieben die Gefässe dilatiert. A. erkrankte während der Versuche an sich an fieberhafter rheumatischer Affektion und Tonsillitis; seine entzündeten Tonsillen reagierten weder auf Erwärmung noch Abkühlung der Haut.

CALAMIDA.

3) **G. Ferreri. Die Erkältung. (Il raffreddore.)** *Arch. Ital. di Laringologia. 1921. Heft 2/3.*

Die in Form einer klinischen Vorlesung gekleidete sehr interessante und ausführliche Abhandlung enthält das Wesentliche, was wir über den vagen Begriff der „Erkältung“ wissen. Nach einem Versuch der Definition dieses Begriffes und nach einigen historischen Notizen über den akuten Schnupfen bespricht Verf. die Aetiologie und die Pathogenese, wobei besonders die Flora der Nasenhöhle und die abnorme Beschaffenheit des Nasensekretes eingehend erörtert wird. Die pathologische Anatomie des akuten Schnupfens wird illustriert durch die Abbildung eines mikroskopischen Befundes, den Verf. in einem Fall seiner Klinik erhoben hat. Es wird weiterhin besprochen die Symptomatologie, die Prophylaxe und schliesslich die Therapie, wie sie in den verschiedenen Ländern gehandhabt wird. FINDER.

4) **Schade. Einzelkrankheiten der Erkältung.** Med. Ges. zu Kiel, Sitzung vom 5. Juni 1919. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 2. S. 44. 1920.*

Bei den Erkältungen der Atmungsorgane werden reine nicht infektiöse Erkältungskatarrhe mit anschliessender Infektion unterschieden. Die Katarrhe der schweren Influenza gehören zu den rein infektiösen Katarrhen.

Die hauptsächliche lokale Schädigung bei der Erkältungsabkühlung wird in einer Veränderung der Zellkolloide gefunden, die als Gelose bezeichnet wird. Ausführliches in der Münchener med. Wochenschrift.

R. HOFFMANN.

5) **O. Heindl. Darf man bei Fremdkörpern der Atmungs- und Speisewege die Schlundsonde anwenden?** *Wiener med. Wochenschr. 1921. Nr. 22.*

Verf. hat die Beobachtung gemacht,dass „infolge schlenderhafter Zubereitung der Speisen, mangelhafter Kauwerkzeuge und Hunger" die Fremdkörperfälle in den Digestions- und Atmungsorganen in den letzten Jahren sich auffällig mehren. Verf. führt 10 Fälle seiner Beobachtung an, um vor der unüberlegten Anwendung der Schlundsonde ohne Leitung des Auges nachdrücklich zu warnen. Bei harten Fremdkörpern werden diese durch die Sondenanwendung ungünstig disloziert oder in die Umgebung hineingetrieben und es kann — wie in dem einen Fall des Verf.'s — zu einer daraus resultierenden phlegmonösen Entzündung kommen. Auch bei weichen Fremdkörpern, wie Fleischbissen, ist das Verfahren zu verurteilen, da dadurch nur Ueberdehnung, Lähmung der Muskulatur, Oedem und Entzündungen der Umgebung erreicht wird, ohne dass Nutzen gestiftet wird. Eine etwa vorhandene Narbenstriktur wird dadurch erst recht fest austamponiert; es kann aber auch zu Zerreissungen und Perforationen der Oesophaguswand kommen.

Verf. bezeichnet heutzutage die blinde Anwendung der Schlundbougie bei Fremdkörpern als Kunstfehler, sie sind lege artis nur mit Endoskopie anzugehen. Selbst harte und spitze Fremdkörper können, in Ruhe gelassen, an ihrem einmal eingenommenen Platze stunden- und tagelang verweilen, bis sie in Behandlung eines erfahrenen Facharztes kommen.

HANSZEL.

6) **Sir William Milligan. Diathermie bei inoperablen pharyngealen und epilaryngealen malignen Erkrankungen. (Diathermy in inoperable pharyngeal and epi-laryngeal malignancy.)** *Journ. of Laryng. and Otol. August 1921.*

Verf. hat Diathermie angewandt in 50 Fällen von inoperablen Tumoren der Tonsillen, der hinteren Rachenwand, des Larynx, der Zunge, des Epi- und Hypopharynx, des Gaumens, des Mundbodens, der Nase usw. Als Vorteile der Methode bezeichnet Verf.: Dass sie von Nutzen ist, wenn die gewöhnlichen chirurgischen Massnahmen kontraindiziert sind, dass ihre Anwendung, wenn überhaupt, nur sehr wenig Schock verursacht, dass bei einiger Vorsicht sie blutlos ist, dass sie das Verdienst hat, die Gewebe zu sterilisieren, indem eine Blockade der Blut- und Lymphgefässe entsteht und so die Diseminisierung der Krebszellen verhindert wird, ferner dass sie häufig Erleichterung von Schmerzen und mechanischer Behinderung in chirurgisch hoffnungslosen Fällen bringt und dass Sepsis und Bronchopneumonie weniger häufig sind als nach schneidenden Operationen. Die Nachteile des Verfahrens dagegen sind, dass sowohl gesundes wie erkranktes Gewebe zerstört wird, dass die Wandungen der benachbarten Blutgefässe erweicht

werden und sekundäre Blutung resultiert und dass, wenn die Haut mitbeteiligt ist, Keloidnarben entstehen können.

In Fällen, in denen die ary-epiglottischen Falten, die Epiglottis und Sinus piriformes erkrankt sind, empfiehlt es sich, vor Anwendung der Diathermie die Tracheotomie zu machen.

In fast allen Fällen wurden Symptome, wie Schmerzen, Dysphagie usw. gemildert, der Zustand der lokalen Veränderung erheblich gebessert und ein paar Fälle wurden anscheinend geheilt. Ein Fall von inoperablem Gaumenepitheliom lebt und befindet sich wohl $3^1/_2$ Jahre nachdem er zuerst operiert wurde, ein anderer $3^1/_4$ und ein weiterer $2^1/_2$ Jahre.

Aus den Vorschriften, die Verf. für die Technik gibt, sei hervorgehoben, dass für Geschwülste mittlerer Grösse 800—900 Milliampères genügen, für grössere Geschwülste Ströme von 1—2 Ampère erforderlich sind.

FINDER.

7) **Georg Protz. Ueber die Wirkung einiger Anästhetikachloride und deren Mischungen mit Natriumbikarbonat auf die Froschhaut.** Aus d. pharmakol. Inst. der Univ. Halle a. d. S. *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 86. H. 3 u. 4. Juni 1920.*

1. Die Wirkung der untersuchten Anästhetika, des Novokains, des Alypins, des Akoins und Kokains auf die Froschhaut wird stark erhöht durch Zusatz von Natriumbikarbonat zu ihren Lösungen.

2. Von den untersuchten Anaestheticis wirken am stärksten das Alypin und Kokain, dann folgt das Akoin, am schwächsten wirkt das Novokain. Diese Reihenfolge gilt sowohl für die Lösungen dieser Anästhetika allein, als auch für ihre Mischungen mit Natriumbikarbonat. Vergleicht man diese Wirkungsreihe mit der, welche auf Grund anderer Versuchsmethoden und praktischer Erfahrungen aufgestellt werden kann, so stimmt sie im grossen und ganzen mit diesen überein. Auffallend erscheint die besonders starke Wirkung des Alpins bezw. seiner Gemische mit Natriumbikarbonat, die uns stärker erscheint, als man nach den bisherigen Erfahrungen erwarten durfte. Es ist daher sehr wohl möglich, dass das Alypin besondere Eigenschaften besitzt, die speziell in der Oberflächenanästhesie von besonderer Bedeutung sind.

FINDER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

8) **K. Tschiassny. Endonasale Knorpelplastik des Nasenflügels.** *Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11. 1921.*

Fall von Ansaugung des linken Nasenflügels. Verf. entnahm vom Septum ein Knorpelstück, von etwa 2 cm Länge und 1 cm Breite, das einseitigen Schleimhaut-Perichondriumüberzug besass, löste dann die Schleimhaut ab, so dass ein mit Perichondrium einseitig bekleidetes Knorpelplättchen übrig blieb; er legte an der Innenseite des linken Nasenflügels parallel zu seinem freien Rande einen Schnitt und bildete von ihm aus eine etwa 1,5 cm nach rückwärts vertiefte Tasche, in die er das Knorpel-Perichondriumstück versenkte. Heilung per primam; funktionelles Resultat gut.

HANSZEL.

9) **Silvestri. Beiträge zu den Milchinjektionen in der Therapie. (Contributo alla iniezioni di latte in terapia.)** *Rif. med. Nr. 8. 1921.*

Im Verlaufe von Versuchen mit parenteralen Milchinjektionen bei verschiedenen akuten und chronischen Infektionen hat Verf. auch zwei Ozänafälle so behandelt. Es trat starke Allgemeinreaktion auf und das unmittelbare Resultat war ertaunlich, aber ephemer.

CALAMIDA.

10) **Lederer** (Teplitz). **Gesichtsfelder einer rhinogenen retrobulbären Neuritis.** *Med. Klinik. Nr. 29. S. 882. 1921.*

Ein grosses Skotom verschwand nach Resektion des hinteren Muschelendes, obwohl keine Siebbeinzelleneiterung bestand.

SEIFERT.

11) **Hanau W. Loeb** und **Meyer Wiener. Das Grenzgebiet zwischen Oto-Laryngologie und Ophthalmologie. (The borderland of otolaryngology and ophthalmology.)** *Annals of Otol., Rhin. and Laryng. März 1921.*

Verff. geben zuerst eine Uebersicht über die anatomischen Beziehungen zwischen Nase und Nebenhöhlen einer- und Orbita und Auge andererseits, erörtern die Pathogenese der von Seiten jener verursachten orbito-okulären Komplikationen und besprechen dann im einzelnen die Nasenaffektionen und die verschiedenen durch sie hervorgerufenen Erscheinungen nach der Literatur und eigenen Erfahrungen.

FINDER.

12) **Guglielmo Bilancioni. Diffuse papilläre Hypertrophie des ganzen unteren Abschnittes der Nasenschleimhaut. (Ipertrofia papillare diffusa di tutto il tratto inferiore della mucosa nasale.)** *Arch. Ital. di Laryng. H. 2/3. 1921.*

Es handelte sich um eine Patientin von 19 Jahren, bei der eine papilläre Hypertrophie der Schleimhaut der unteren Muscheln bestand; diese Hypertrophie beschränkte sich jedoch nicht auf die Muscheln, sondern breitete sich auch auf den unteren Nasengang, den Nasenboden aus und stieg noch etwa 2 cm am Septum hinauf, so dass die ganze Nase eingenommen und verstopft war durch eine papilläre, bei Berührung nicht blutende Masse.

Die von der Muschelhypertrophie angefertigten mikroskopischen Präparate zeigen, das sie zusammengesetzt ist von verschiedenen Läppchen myxomatösen Gewebes, die von hohem flimmernden Zylinderepithel bekleidet sind; sie enthalten zahlreiche Gefässe und wenig Schleimdrüsen; in den vom Nasenboden und Septum entnommenen Schnitten waren in den peripheren Partien sehr zahlreiche Schleimdrüsen enthalten, so dass die Präparate an adenomatöses Gewebe erinnerten.

Zu bemerken ist, dass im vorliegenden Fall infolge von Verlegung des Ductus naso-lacrymalis Tränenträufeln bestand.

CALAMIDA.

13) **Gignoux. Zysten des Nasenbodens.** *Revue de Laryng. Febr. 1921.*

Verf. berichtet über 3 Fälle von Zysten des Nasenbodens; in einem Falle war auf jeder Seite eine Zyste. Diese Zysten sind von denen dentalen Ursprungs ganz verschieden. Ein Unterscheidungsmerkmal ist, dass die sie ausfüllende Flüssigkeit kein Cholesterin enthält. Ihre Ursprungsstelle ist vor dem vorderen Ende der untoren Muschel nahe der Stelle, wo Haut und Schleimhaut des Vestibulums, aneinander stossen. Bei ihrem Wachstum dringen sie nach vorn in den

In
Ausbil
an den
chirurg
S
Bedeu
Luftw
dass d
der H
erste
Arbeit
des h
mitte
für d
Neber
auf
wisse
als
nutz
Unte
im
des

der
ent
mit
der
sen
mi
bl
S

E

Su
Fr
Ho

sichts-
ser Teil
rforation
man den
at Heilung
durch die
rden.
nel in beiden
FINDER.

sen **Polypen der**
bei **einer Frucht**

nen inneren Missbil-
n oberem Winkel ein
Die Geschwulstbildung
n Keimes erklärt.
BRADT.

n der **Nasennebenhöhlen**
tschr. d. Jap. Oto-Rhino-

erstopfung und Nasenbluten.
nt des linken Bulbus, Sensi-
ar Anästhesie der Wange, der
naut hintereinander auf. Keine
l des Geschmackssinnes.
ne kleinfingerspitzgrosse polypöse
ebeingegend und Highmorshöhle
shöhle zeigt nur verdickte Schleim-
jedoch findet man die benachbarten
harten polypösen Massen angefüllt,
Histologische Diagnose: Lymphangio-

ebeintumor die Lähmungserscheinungen
trigeminus und abducens verursacht seien;
betroffen waren, ist zweifelhaft. OKADA.

tom **der Kieferhöhle mit Berücksichtigung**
schr. d. Jap. Oto-Rhino-Laryng. Ges. 1920.
kann mit einem malignen Tumor verwechselt
rigen Mann, der seit langer Zeit über Kopf-
Zeit eine diffuse Auftreibung der linken Fossa
der lateralen Wand nebst Polypenbildung abso-
e hatte, sogar einen leichten Exophthalmus zeigte,
f Sarkom aufgemeisselt. Es handelte sich um eine

Winkel zwischen Nasenflügel und Oberlippe und nach hinten längs dem Nasenboden unter die Schleimhaut. G. fand in seinen Fällen die Zystenwand ausgekleidet mit 2 oder mehr Lagen von geschichtetem Plattenepithel.

Was die Entstehung dieser Zysten anbetrifft, so lehnt G. für seine Fälle die Annahme, dass es sich um Retentionszysten handeln könne, ab; es spreche alles mehr für einen entwicklungsgeschichtlichen Ursprung. Jedoch unterlässt es G. gegenüber den verschieden hier in Betracht kommenden Theorien seinen Standpunkt genau zu präzisieren.

FINDER.

14) **Sir Robert Woods. Beobachtungen über malignes Granulom der Nase. (Observations on malignant granuloma of the nose.)** *Brit. med. Journ. 16. Juli 1921.*

Mitteilung zweier Fälle eines bisher nicht beschriebenen Krankheitsbildes.

Fall I. 68jähriger, bis dahin stets gesunder Landmann, bemerkte seit Dezember 1913 Nasenverstopfung. Nasenrücken eingesunken, rechts Tränensack geschwollen, Fistel unter dem Canthus internus; beide Nasenhälften mit fötiden Borken erfüllt, das knorplige Septum zerstört, die Nasenwände in einem Zustande der Ulzeration. Guter Ernährungszustand, keine Drüsen. Der Fötor war ganz eigentümlich, die Borken waren klebrig. Wassermann negativ; intravenöse Salvarsaninjektionen, Quecksilber und Jod ohne jeden Einfluss. Die mikroskopische Untersuchung von Gewebsstücken ergab als hervorstechendsten Bestandteil Granulationsgewebe, das aber an einer Stelle wenigstens eine Entwicklung nach der Seite des Sarkoms genommen hatte. Pat. blieb mit Unterbrechungen in Beobachtung bis 1916, ohne dass sich Veränderungen zeigten. Anfangs 1916 trat Infiltration des weichen Gaumens auf, im Juli Perforation des Gaumens. Es bestand hochgradige Schwerhörigkeit infolge Verlegung der Tube, Katheterismus unmöglich, wiederholte Myringotomie. Ein Versuch der Behandlung mit Röntgenstrahlen hatte keinen Erfolg. September 1916 war der weiche Gaumen in ganzer Ausdehnung infiltriert, die Perforation war grösser geworden; die Ulzeration schritt in der Richtung auf den letzten rechten oberen Molaren fort, wo der Alveolarfortsatz freigelegt und nekrotisch wurde. Grosse Jodkalidosen ohne jede Wirkung. Allmähliche Verschlechterung; Septum und Muschel einschliesslich der Muschelknochen waren völlig zerstört, die Gewebe des Gesichtes blieben unbeteiligt. Exitus Oktober 1918, vier und einhalb Jahr nach Einsetzen der Krankheit.

„Es schien als ob eine Woge von Granulationsgewebe regellos in die gesunden Teile vorrückte, hinter sich so viel niederbrechend als sie nach vorne weiter rückt, so dass niemals eine grosse Tiefe der krankhaften Schwellung vorhanden war".

Fall II. 67jähriger Mann, ohne frühere Krankheit, seit Wochen Nasenbeschwerden. Befund des Naseninnern fast genau wie in Fall I, jedoch kein Eingesunkensein des Nasenrückens. Wassermann negativ. Mikroskopische Untersuchung: Sehr zellreiches Granulationsgewebe, das in den Nasenknorpel eindringt; keine polymorphen Zellen; Gefässwände nicht verdickt. Hg und Jod wurden verordnet. Eine Woche nach einer intravenösen Neosalvarsaninjektion wurde der harte Gaumen auf der linken Seite nekrotisch. Wassermann wieder negativ. Die Nekrose

breitete sich auf die angrenzenden Teile der Nachbarschaft aus; linke Gesichtshälfte und Nase hochgradig empfindlich. Der Processus nasalis und ein grosser Teil des angrenzenden Kiefers wurden nekrotisch, es entstand eine grosse Perforation mit granulierenden Rändern zwischen Nase und Wange, durch welche man den abgestorbenen Knochen sehen und fühlen konnte. — In diesem Fall trat Heilung ein unter Anwendung von mit Radiumemanation gefüllten Nadeln, die durch die Perforation im Gaumen angebracht und dort 18 Stunden belassen wurden.

Bakteriologische Untersuchung auf einen Krankheitserreger fiel in beiden Fällen negativ aus. FINDER.

15) **Alfred Glaus** (Basel). **Ueber einen myxomatösen kavernösen Polypen der Nasengegend als Teilerscheinung multipler Bildungsfehler bei einer Frucht des neunten Monats.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. H. 1.*

Ein Fötus im Beginn des 9. Monats zeigt neben zahlreichen inneren Missbildungen einen Defekt des rechten Nasenflügels, von dessen oberem Winkel ein zwetschgenförmiger Polyp an dünnem Stiele herabhing. Die Geschwulstbildung wird durch selbständiges Wachstum eines abgesprengten Keimes erklärt.

BRADT.

16) **Gogi Okabe. Ein Fall von Lymphangieendotheliom der Nasennebenhöhlen mit Lähmung mehrerer Hirnnerven.** *Killian-Festschr. d. Jap. Oto-Rhino-Laryng. Ges. 1920.*

46jährige Frau; seit 2 Jahren linksseitige Nasenverstopfung und Nasenbluten. Bald trat Ptosis des linken Augenlids, Unbeweglichkeit des linken Bulbus, Sensibilitätsstörung der linken Gesichtshälfte und zwar Anästhesie der Wange, der Umgebung der Orbita und der Mundhöhlenschleimhaut hintereinander auf. Keine Störung der Motilität, der Zungenbewegungen und des Geschmackssinnes.

Im linken mittleren Nasengang sah man eine kleinfingerspitzgrosse polypöse Neubildung. Röntgenaufnahme zeigt linke Siebbeingegend und Highmorshöhle verschattet. Probatorische Eröffnung der Higmorshöhle zeigt nur verdickte Schleimhaut. Stirnhöhle bei Eröffnung ohne Befund; jedoch findet man die benachbarten Siebbeinzellen mit grauweisslichen, relativ harten polypösen Massen angefüllt, wahrscheinlich auch die Keilbeinhöhle. Histologische Diagnose: Lymphangioendotheliom.

Verf. nimmt an, dass durch den Siebbeintumor die Lähmungserscheinungen seitens des N. oculotomorius, trochlearis, trigeminus und abducens verursacht seien; ob der N. opticus und olfactorius dabei betroffen waren, ist zweifelhaft. OKADA.

17) **S. Yamikura. Ueber das Hämatom der Kieferhöhle mit Berücksichtigung seiner Pathogenese.** *Killian-Festschr. d. Jap. Oto-Rhino-Laryng. Ges. 1920.*

Das Hämatom der Kieferhöhle kann mit einem malignen Tumor verwechselt werden. Verf. hat bei einem 21jährigen Mann, der seit langer Zeit über Kopfschmerzen klagte und in letzter Zeit eine diffuse Auftreibung der linken Fossa canina und infolge Auftreibung der lateralen Wand nebst Polypenbildung absolute Verstopfung der Nasenhöhle hatte, sogar einen leichten Exophthalmus zeigte, die Kieferhöhle mit Verdacht auf Sarkom aufgemeisselt. Es handelte sich um eine

mehrfächerige Hämatomzyste; die Oberfläche des Tumors war nirgends mit den umgebenden Knochenwänden verwachsen, sondern man konnte den hühnereigrossen rundlichen Tumor leicht aus der Höhle ausschälen.

Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung kommt Verf. zu folgender Anschauung: Die Hämatombildung bei solchen Fällen kommt hauptsächlich infolge der Thrombophlebitis der Venen im chronisch entzündeten myxomatösen polypösen Gewebe zustande, in dem sie zuerst venöse Stauung, dann blutige Infiltration, Höhlenbildung im Gewebe durch Ernährungsstörung und endlich Blutansammlung folgen lässt. Diese Thrombophlebitis kommt nach Verf. durch neu aufgetretene jauchige Entzündung der Höhlenschleimhaut zustande, die durch Eiterstagnation infolge der Verlegung des Ausführungsganges durch Polypen verursacht wird.

OKADA.

18) **Walter H. Theobald. Eine radikale Behandlung wegen chronischer Kieferhöhleneiterung nebst Modifikation der Canfieldschen Operation. (A radical treatment for chronic suppuration of the antrum with modifications of the Canfield technic.)** *Annals of Otol., Rhinol. and Laryng. März 1921.*

Dem Verf. hat sich in etwa 40 Fällen die von Canfield und Sturmann empfohlene breite intranasale Eröffnung der Highmorshöhle mittels Fortnahme der Crista pyriformis ausgezeichnet bewährt. Die vom Verf. gebrauchte Modifikation besteht im wesentlichen darin, dass nachdem der Vertikalschnitt auf der Crista pyriformis gemacht und von hier aus Schleimhaut und Periost im unteren Nasengang und von der oralen Wand abgehoben ist, ein zweiter horizontaler Schnitt vom oberen Ende des Vertikalschnittes aus nach hinten unterhalb des Ansatzes der unteren Muschel bis zu der Stelle geführt wird, bis zu der das Periost abgehoben ist und von da nach unten ein dem ersten paralleler Vertikalschnitt nach unten bis zum Nasenboden geführt wird. Es entsteht so ein Lappen mit der Basis nach unten, der nach Eröffnung der Höhle in diese hineingeschlagen wird. In einigen Fällen, in denen die untere Muschel störte, hat Verf. sie infraktiert und während der Operation temporär nach oben geschlagen. Er entfernt den ersten Tampon nach 48 Stunden und tamponiert nach Ausspülung der Höhle nochmals 24 Stunden. Weitere Tamponade hält er für unnötig.

FINDER.

19) **Max Unger** (New York). **Intranasale Drainage der Stirnhöhle durch die natürliche Oeffnung. (Intra-nasal drainage of the frontal sinus through the natural opening.)** *New York State Journ. of med. Nov. 1920.*

Die Methode besteht, wie bereits in einem früheren Artikel erwähnt, in der Einführung eines Katheters über einer Sonde bis in die Stirnhöhle hinein, event. nach Entfernung hypertrophischer Muscheln oder Polypen. Der Katheter wird am Naseneingang abgeschnitten und so lange wie nötig liegen gelassen. Wechseln jeden zweiten Tag.

FREUDENTHAL.

20) **Ramadier. Beziehungen zwischen Siebbeinzellen und Fossa pterygomaxillaris. (Rapports des cellules éthmoidales et de l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire.)** *Société anatomique. 11. Juni 1921.*

Verf. demonstriert ein Präparat, in dem die im hinteren unteren Winkel des

Siebbeinlabyrinths befindliche Zelle sich mittels einer Dehiszenz in die Fossa pteryo-maxillaris öffnet. Diese Beziehung lässt verstehen, dass eine spheno-ethmoidale Eiterung zu Erscheinungen von seiten des N. maxillaris sup. und des Ganglion spheno-palatinum führen kann, wie dentale, nasale, periorbitale und skapuläre Neuralgien, Geschmacksstörungen, Störungen der Speichel- und Tränensekretion, Asthma nasale und bronchiale.

FINDER.

21) **Heinz Kurzak. Die Tuberkulose des Keilbeins und ihre Beziehungen zur Hypophyse.** *Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 34. H. 6.*

Ausgehend von einer eigenen Beobachtung, betreffend einen 20jährigen Mann, bei dem intra vitam die Diagnose retrobulbäre Sehnervenkompression infolge Hypophysistumor gestellt war, bei dem die Sektion aber eine vom Keilbein ausgehende geschwulstartige Bildung ergab, deren tuberkulöse Natur sich einwandfrei durch den Befund von Tuberkeln und Riesenzellen ergab, und unter Berücksichtigung von 6 in der Literatur vorhandenen Fällen bespricht Verf. die Tuberkulose des Keilbeins und die Tuberkulose der Hypophysis. Jedesmal fanden sich zahlreiche tuberkulöse Herde auch in anderen Organen. Drei Beobachtungen gehören der Gruppe der „tuberkulösen Nekrose“ an, bei den anderen vier handelt es sich um „Granulationstuberkulose“. Die Veränderungen sind stets hochgradiger Natur und zeichnen sich durch ihr tumorartiges Wachstumsbestreben wie auch durch ihre Perforationsneigung aus. Klinisch scheinen von einer gewissen Regelmässigkeit nur die Augensymptome zu sein, die sich durch mehr oder weniger plötzlich eintretende Amaurose auszeichnen. Die in diesen Fällen stets vorhandene Sehnervenatrophie kann sowohl bedingt sein durch mechanische Läsion des Sehnerven infolge Kompression als durch ein Fortschreiten der Entzündung auf den Optikus.

Zeigen sich diese Symptome bei unklarer Aetiologie, so werden wir auch an eine tuberkulöse Erkrankung des Keilbeins denken müssen. Dreimal ist die Hypophyse in Mitleidenschaft gezogen. Jedoch ruft ihre Erkrankung in den vorliegenden Fällen keine Ausfallserscheinungen oder klinische Symptome hervor. Letztere sind vielmehr durch den tuberkulösen Prozess am Keilbein bedingt. Die der Dura entstammende bindegewebige Kapsel bietet tuberkulösen Prozessen gegenüber einen sehr guten Schutz dar.

FINDER.

c) Mundrachenhöhle.

22) **S. Shugyo. Studien über die Reste des Ductus thyreoglossus.** *Killian-Festschr. d. Jap. Oto-Rhino-Laryng. Ges. 1920.*

Aus den Untersuchungen des Verf.s ergibt sich folgendes:

Reste des Ductus thyreoglossus fanden sich beim Menschenfötus in 38,9 pCt. der untersuchten Fälle, in fast demselben Prozentsatz bei den anderen höheren Wirbeltieren. Das Foramen coecum, ein deutliches oder scheinbares bei 50 pCt. der menschlichen Föten, ein Processus pyramidalis bei 27 pCt. Die dem Zungenbein benachbarten Reste des Ductus thyreoglossus finden sich am häufigsten vor und hinter jenem, seltener oberhalb derselben, am seltensten unterhalb. Fistula und Cystoma colli medianum congenitum entstehen aus dem Ductus thyreoideus und

Ductus thyreoglossus completus. Die Fistula colli congenita entsteht immer sekundär aus dem Cystoma colli medianum congenitum, d. h. es entsteht primär die Zyste, die sich zur Fistel umwandelt. Das Cystoma colli medianum congenitum ist eine Retentionszyste; die Zysten können aus medianen Nebenschilddrüsen, die dem Zungenbein benachbart sind, entstehen. Diese Zysten sind nichts anderes als zystisch-degenerierende Neubildungen von medianen Nebenschilddrüsen (sogen. junges Schilddrüsengewebe). Verf. gibt eine eingehende Darstellung des Modus, wie die zystische oder bindegewebige Degeneration der Reste des Ductus thyreoglossus zustande kommt.

Die Zungengrundzysten des Ductus lingualis sind Retentionszysten und die Zysten des Zungenbeins sind zystisch-degenerierende Neubildungen der medianen Nebenschilddrüse. Die krankhaften Neubildungen des Ductus thyreoglossus können über das 20. Lebensjahr hinaus auftreten. Der Ductus thyreoglossus ist von einer einförmigen Epithelzellenschicht ausgekleidet, die aus geschichteten Flimmerepithelzellen besteht; er verästelt sich in mehrere Schläuche. (Autoreferat.)

23) Jacob Freundlich. **Beitrag zur Entstehung der merkuriellen ulzerösen Stomatitis und Tonsillitis.** *Wiener med. Wochenschr. No. 15. 1921.*

In diesem Fall erstreckt sich die Wirkung des Hg um einen kariösen Zahn herum, auf Zahnfleisch, Wangenschleimhaut und die Hälfte des weichen und harten Gaumens. Es erkrankte aber auch die Tonsille der betreffenden Seite mit einem speckigen scharf abgegrenzten Belag, während die andere Tonsille intakt blieb. Verf. neigt zu der Annahme, dass es sich in diesem Fall nicht um eine primäre merkurielle Tonsillitis handele, sondern um eine Sekundärerkrankung der Tonsille durch den entzündlichen Prozess der Wangenschleimhaut.

HANSZEL.

24) Cesare Ansaldi. **Ueber eine Mischgeschwulst der Wange von den akzessorischen Speicheldrüsen ausgehend. (Supra un tumore misto della guancia derivato da ghiandole salivari accessorie.)** *Il Policlinico. Sezione chirurgica. 15. Juli 1921.*

Der bei einem 70 jährigen Mann operierte linksseitige Tumor hatte seinen Sitz tief in der Wange vor dem Masseter und stand mit dem Ductus Stenonianus in keinem Zusammenhang. Verf. kommt zu dem Ergebnis, dass der Tumor seinen Ursprung von den akzessorischen Speicheldrüsen der Wange genommen hat, von jenen kleinen Drüsen, die gewöhnlich nahe dem Ductus Stenonianus und entsprechend der Stelle, wo dieser umbiegt, um den M. buccinatorius zu durchbohren, liegen und Glandulae molares genannt werden. Mischtumoren, die von diesen akzessorischen Speicheldrüsen ausgehen, sind beschrieben worden, sehr selten jedoch solche von der Grösse des hier beobachteten, der nach der Exstirpation 75 g wog.

CALAMIDA.

25) Okajima. **Ueber Peritonsillitis der Zungentonsille.** *Killian-Festschr. d. Jap. Oto-Rhino-Laryng. Ges. 1920.*

Beschreibung des Krankheitsverlaufs bei 4 Fällen. Typische Erscheinungen sind: Oedematöse rötliche Anschwellung der Rückseite des Kehldeckels; Schluckschmerz und Fieber ohne Veränderung an den Gaumentonsillen und hochgradige

Druckempfindlichkeit der Zungenbeingegend. In 2 Fällen konnte durch Punktion die Anwesenheit von Eiter konstatiert und der Abszess inzidiert werden.

(Autoreferat.)

26) **Otto Fleischmann** (Frankfurt a. M.). **Zur Frage der physiologischen Bedeutung der Tonsillen.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. H. 1.*

F. bestätigt die zuerst von Richter gemachte Beobachtung, dass die Tonsillen analog dem Adrenalin, dem Extrakt der Hypophyse und Thyreoidea einen stark reduzierenden Saft enthalten. Das trifft stets für die normale Tonsille, aber auch für den grössten Teil der pathologisch veränderten zu. Die reduzierenden Substanzen fehlen konstant nur bei akut entzündlichen Mandeln, bei chronisch-entzündlichen aber nur im letzten Stadium. Nur in diesen Fällen also stellt die Tonsille ihre Funktion ein.

Parallel mit diesen Beobachtungen läuft die, dass der Speichel dieselbe reduzierende (Gold)-Reaktion aufweist, und zwar sowohl qualitativ als auch quantitativ.

Als Produktionsstätten der reduzierenden Substanzen sind die Tonsillen anzusehen. Diese müssen als Organe der inneren Sekretion aufgefasst werden. Eine Reihe von Beobachtungen lassen die Deutung zu, dass zwischen den Tonsillen einerseits und den anerkannten Organen der inneren Sekretion andrerseits Beziehungen bestehen.

Man kann heute als sicher hinstellen, dass die Tonsillen echte Drüsen mit innerer Sekretion sind, dass sie ein Sekret mit reduzierenden Eigenschaften produzieren, dass sie dieses Sekret teils an die Blutbahn, teils an die Mundhöhle abgeben. Zweifelhaft bleibt vorläufig nur die örtliche und allgemeine Wirkung der Tonsillarprodukte.

Auch der Charakter der Tonsillen als Lymphdrüsen, als welche sie das Filter für die ganzen Resorptionsprodukte von Mund und Nase darstellen, ist zu beachten, da hieraus sich die Gefahr erklärt, welche die Mandeln für den Organismus bedeuten können. — Die wohldurchdachte Arbeit ist sehr lesenswert.

BRADT.

27) **Matsui. Ueber die interstitielle Hypertrophie der Gaumentonsillen, zugleich mit Berücksichtigung der pendelnden Tonsillen und der Knochenbildung im Tonsillengewebe.** *Killian-Festschr. d. Jap. Oto-Rhino-Laryng. Ges. 1920.*

Bei einem 47jährigen Manne fand Verf. eine glatte, elastisch harte daumenspitzgrosse Tumormasse, welche in der linken Tonsillargrube sass. Nach Abtragung mit der kalten Schlinge untersuchte er die Tumormasse histologisch und fand, dass es sich um eine Gaumentonsille handelte, in der das interstitielle Bindegewebe stark gewuchert und das stark reduzierte Follikelgewebe nur sporadisch zu finden war. In diesen Follikeln fand sich knöchernes Gewebe, das von einem dichten Netz von Bindegewebe umgeben und höchst wahrscheinlich daraus gebildet war. Bei histologischer Untersuchung einer Tonsilla pendula fand Verf. eine starke Wucherung des Bindegewebes; er ist geneigt, diese Gebilde als ein entzündliches Produkt und einen Teil der hypertrophischen Tonsille zu betrachten.

KUBO.

28) **Fehsenfeld** (Neuruppin). **Herpes zoster bei Angina.** *Med. Klinik. No. 26. 1921.*

Bei einer Patientin entstand in Begleitung einer rechtsseitigen Angina auf derselben Körperseite im Bereiche und Verlaufe des N. trigeminus ein Herpes zoster, wobei anfangs nur der II. Ast, später auch der I. und III. Ast beteiligt waren. Am 9. Tage, als die Halsentzündung fast abgeklungen war, stellte sich ein Rezidiv des Herpes zoster ein, aber von wesentlich milderem Auftreten.

SEIFERT.

29) **Rahnenführer** (Magdeburg). **Ueber Behandlung der Plaut-Vincentschen Angina mit Trypaflavin.** *Med. Klinik. No. 24. 1921.*

Auch im städtischen Krankenhause Magdeburg-Altstadt wurde seit Herbst 1919 eine auffallende Zunahme der Plaut-Vincentschen Angina beobachtet. Mit gutem Erfolge wurde die Behandlung mit Trypaflavin geleitet, sowohl in Form von Spray ($^1/_2$ proz. Lösung) wie als Gurgelwasser.

SEIFERT.

30) **J. Hollinger. Die Entfernung der Tonsillen bei Vorhandensein eines Peritonsillarabszesses. (The removal of tonsils in the presence of a peritonsillar abscess.)** *The Journ. of Laryng., Rhinol. and Otol. März 1921.*

Verf. entfernt beim Peritonsillarabszess die Tonsille mittels Tonsillektomie. Er hat niemals danach septische Erscheinungen gesehen; im Gegenteil, die septischen Erscheinungen, welche die Pat. bei Peritonsillarabszessen oft darbieten, verschwinden bald nach Entfernung der Tonsille.

Die Faktoren, durch welche die Tonsillektomie beim Peritonsillarabszess erschwert wird, sind: Die Operation muss in allgemeiner Narkose gemacht werden, was oft nicht leicht ist, da durch die Schwellung im Pharynx der Raum für die Atmung beengt ist. Es fliesst oft Eiter in den Pharynx, der sofort mit dem Aspirationsapparat abgesaugt werden muss. Die Blutung ist oft stärker als bei einfacher Tonsillektomie.

FINDER.

31) **C. Bruzzone. Vier Fälle von gutartigen Tumoren der Gaumentonsillen. (Quattro casi di tumori benigni delle tonsille palatine.)** *Boll. d. Mal. dell' orecchio etc. Vol. 49. No. 6.*

Ein Fibrom, ein Angiofibrom, eine Zyste und ein Papillom.

CALAMIDA.

32) **G. Gradenigo. Heilung eines Falles von Tonsillarsarkom ohne Operation nach der Citellischen Methode. (Un caso di sarcoma della tonsilla palatina guarito senza operazione col metodo Citelli.)** *R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli. 29. Mai 1921.*

Die Methode besteht darin, dass kleinste Teilchen des Tumors ohne vorherige chemische Manipulationen, Sterilisation usw. unter die Haut des Patienten inokuliert werden. Demonstration eines Pat., der ein mandaringrosses Sarkom der Tonsille hatte und bei dem 6 solche Injektionen gemacht wurden. Der Tumor verkleinerte sich allmählich und ist zur Zeit ganz verschwunden.

CALAMIDA.

33) **Harold Hays, Arthur Palmer** und **Thomas S. Winslow** (New York). **Wert der Vakzinetherapie bei Systemerkrankung tonsillären Ursprungs. (Value of vaccine therapy versus tonsillectomy in sistemic diseases of tonsillar origin.)** *Med. Record. 19. Februar 1921.*

Verff. kommen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Tonsillen sind häufig die Ursache von Allgemeinerkrankungen, selbst wenn sie klein und scheinbar nicht erkrankt sind.

2. Bei allen Allgemeinerkrankungen müssen Kulturen von den Tonsillen gemacht werden.

3. Wird dann der Streptokokkus gefunden, so müssen die Mandeln entfernt werden.

4. Tonsillektomie ist der Behandlung mittels Vakzine vorzuziehen, ausgenommen, wenn eine Operation kontraindiziert ist (Herzfehler usw.).

5. Selbst ein kleines Stück einer Tonsille, das bei der Operation übersehen wurde und zurückgeblieben ist, kann das Verschwinden einer Allgemeinerkrankung verhüten.

6. Der Wert der Lymphbehandlung ist noch nicht erwiesen. FREUDENTHAL.

dI) Kehlkopf und Luftröhre.

34) **Strassmann** (Berlin). **Ueber plötzlichen Tod durch Glottisödem.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. S. 701. 1919.*

Erörterung der Aetiologie des nicht entzündlichen und entzündlichen Glottis- bzw. Larynxödems unter Beifügung zweier am Sektionstisch selbst beobachteter Fälle. In dem ersten Fall, wo es sich um Beurteilung eines etwaigen ärztlichen Kunstfehlers handelte, gelang die Feststellung des Vorhandenseins und der entzündlichen Natur des tödlichen Glottisödems bei einer Leiche, die 6 Wochen nach dem Tode exhumiert und obduziert wurde. Der Kehldeckel zeigte ausgesprochene Löffelform. Das Gewebe auf der rechten Seite des Kehldeckelgiessbeckenknorpels erschien geschwollen und zeigte einen oberflächlichen etwa fingerkuppengrossen Blutaustritt. Der Kehlkopf erschien eng. Die mikroskopische Untersuchung des Stückes der geschwollenen aryepiglottischen Falte zeigte das submuköse Gewebe auseinandergedrängt, in den dadurch entstandenen Hohlräumen lagen neben kernlosen blassen Massen zahlreiche Anhäufungen von Rundzellen sowie braunpigmentierte körnige Massen, die als Reste zerstörter Blutkörperchen anzusehen waren. Als Ursache des Larynxödems musste man nach dem klinischen Verlauf und dem Sektionsbefund eine wenn auch nicht sehr ausgeprägte Mandelentzündung ansehen. In dem anderen Fall fand sich eine ödematöse Anschwellung des gesamten Larynxeingangs, des Gaumens, des Zäpfchens. Seit dem Tode waren 5 Tage vergangen. Der Tod war plötzlich durch Erstickung eingetreten. Bei dem Fehlen jedes anderen Entzündungsprozesses sah man die Erkrankung als primäres Larynxerysipel an. R. HOFFMANN.

35) **Kaltenbach. Akute Leukämie mit Kehlkopf- und Intestinalgeschwür.** *Arch. des mal. du coeur. April 1921.*

30jähriger Mann, bei dem im Verlauf der Leukämie der Tod plötzlich infolge

von Glottisödem eintrat, nachdem drei Wochen lang eine Ulzeration der Epiglottis bestanden hatte. Pat. hatte gleichzeitig einen Pleuraerguss und Intestinalgeschwür. Es werden aus der Literatur noch einige Fälle von Glottisödem bei Leukämie mitgeteilt.

FINDER.

36) **Walther Stupka** (Innsbruck): **Klinisches und Pathologisch-Histologisches zur „Chorditis fibrinosa" (Fraenkel-Seifert).** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. H. 1.*

1. Die durch weissliche, symmetrisch auf der Stimmbandoberfläche gelegene Flecke gekennzeichnete Kehlkopferkrankung erwies sich bisher klinisch als wohl charakterisiert und anscheinend einheitlich (laryngoskopisches Bild, Dauer, Verlauf, Prognose, Aetiologie, Lebensalter, Jahreszeit).

2. Genaue klinische und besonders pathologisch-histologische Untersuchung aber lässt 2 Gruppen solcher Erkrankungen erkennen.

3. Mancherlei chronische Katarrhe der oberen Luftwege und speziell des Kehlkopfes können unter starker akuter Verschlimmerung — sei es infolge von Influenza, sei es ohne eine solche — zu pachydermischen Bildungen führen, die sich als grauweissliche Plaques manifestieren. Letztere bilden sich allmählich wieder zurück.

Daneben führt die Influenza in protrahierten Fällen gelegentlich bei sonst im allgemeinen wenig ausgesprochenen Entzündungen in den oberen Luftwegen zu mehr oder minder auf die Stimmbänder lokalisierter Erkrankung, meist vom Aussehen reinweisser Flecke. Neben pachydermischer Veränderung der Schleimhaut beruht die Fleckenbildung hier vorwiegend auf Fibrinausschwitzung in die oberflächlichste Propriaschicht und auf nekrotischen Vorgängen im Epithel.

5. Nur auf letztere Gruppe von Fällen sollte der von Seifert der Affektion gegebene Name „Chorditis fibrinosa" Anwendung finden.

6. Bei Verwendung desselben muss man sich darüber klar sein, keine An- oder Auflagerung eines Fibrinhäutchens auf die Oberfläche des Epithels damit bezeichnen zu wollen. Auch findet sich innerhalb der Epithelschicht meist kein Fibrin.

7. Die auf pachydermischen Vorgängen beruhende, klinisch der „Chorditis fibrinosa vera" äusserst ähnlichsehende Larynxaffektion mag mit der Bezeichnung „Chorditis pseudofibrinosa pachydermoides" belegt werden.

8. Unter Beachtung der den beiden Hauptgruppen zugehörigen und sie teilweise ziemlich deutlich scheidenden Kriterien kann es vielleicht gelingen, die wahre „Chorditis fibrinosa" von pachydermischen Bildern zu trennen. BRADT.

37) **Max Meyer. Ueber akute nekrotisierende Amygdalitis, Pharyngitis und Laryngitis bei Influenza.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. H. 1.*

Zu den vielseitigen Veränderungen, welche bei Influenza in den oberen Luftwegen beobachtet worden sind — den einfach entzündlichen, diphtherischen, ulzerösen Affektionen, dem Kehlkopfödem — treten in dieser Arbeit die akuten, nekrotisierenden Formen von Amygdalitis, Pharyngitis und Laryngitis hinzu. Eine Mischinfektion von Influenzabazillen und Streptokokken führt zu schweren nekrotischen Veränderungen der Schleimhäute der oberen Luftwege, gibt klinisch zur Verwechslung mit Diphtherie Anlass, erzeugt schwerste, die Tracheotomie

heischende Atemnot und führt zum Herztod. Man möchte dieses Bild eher noch als der Diphtherie (Bretonneau), den Erscheinungen im Halse bei Skarlatina ähnlich bezeichnen (Ref.).

BRADT.

38) **Logan Turner. Lähmung der Stimmlippen sekundär zu malignem Tumor der Mamma. (Paralysis of the vocal cords secondary to malignant tumour of the mamma.)** *Journ. of Laryng. and Otol. August 1921.*

Verf. hat im Laufe der letzten 12 Jahre 6 Fälle von Rekurrenslähmung infolge Drüsentumoren nach Mammakarzinom gesehen. Der primäre Tumor betraf in 3 Fällen die rechte, in 3 die linke Brust und in jedem Fall war die Mamma entfernt und die Achselhöhlen ausgeräumt worden. Ein Fall war ein melanotisches Sarkom, 5 skirrhotische Karzinome. Die Heiserkeit trat verschieden lange nach Entfernung des primären Tumors auf, bei dem Sarkom 8 Monate darauf, in den anderen Fällen durchschnittlich nach 3 Jahren 6 Monaten. In keinem Fall war ein operativer Eingriff an den Zervikaldrüsen gemacht worden. Nur in einem Fall (Sarkom der rechten Mamma) war die rechte Stimmlippe gelähmt, in den anderen fünf die linke. In 4 Fällen war die Lähmung homolateral zu dem Tumor, in 2 kontralateral. In den 5 Fällen von Skirrhus waren zur Zeit der Kehlkopfuntersuchung die Supraklavikulardrüsen sekundär erkrankt. Leider konnte in keinem Falle die Sektion gemacht werden.

An der Hand einer durch 2 Abbildungen illustrierten Uebersicht über die Lymphversorgung der Mamma erläutert Verf. die Möglichkeit der Stimmlippenlähmung bei Befallensein der Supraklavikulardrüsen; auch für die beiden Fälle von kontralateraler Lähmung gibt er eine anatomische Erklärung.

FINDER.

39) **J. Kawahara. Ein Fall von Laryngozele, durch die Erweiterung des Sinus Morgagni verursacht.** *Killian-Festschr. d. Jap. Oto-Rhino-Laryng. Ges. 1920.*

44jähriger Mann, vor 5 Jahren Atembeschwerden nach Fieber und Frösteln. Am nächsten Tage bemerkte man zwei bohnengrosse Tumoren an der linken Halsseite, die sich nach einigen Tagen zu einem vereinten. Der Tumor wurde allmählich faustgross und gab bei Fingerdruck, durch welchen er sich reponieren liess, ein knarrendes Geräusch. Es bestand Heiserkeit. Die Haut über dem Tumor zeigte keine Veränderung und war verschiebbar. Laryngoskopisch sah man den Kehldeckel durch den Druck des Tumors nach rechts disloziert und leicht angeschwollen. Bei der Operation konnte man den Luftsack von aussen leicht abpräparieren und entfernen; der Sack kommunizierte mit dem Ventriculus Morgagni durch ein daumenspitzgrosses Loch. Die Innenfläche des Sackes, besonders auf der lateralen Fläche, war ganz glatt. Das histologische Bild des Tumors entsprach einer chronischen Entzündung. Glatte Heilung; nach der Operation wurde das laryngoskopische Bild normal.

(Autoreferat.)

40) **Raffaele Vitto-Massei. Klinischer Beitrag zur Behandlung der Kehlkopfpapilleme. (Contributo clinico alla cura dei papillomi laringei.)** *Arch. Ital. di Laring. H. 2/3. 1921.*

Verf. berichtet über vier Fälle, die er als Beweis dafür anführt, dass die Operation per vias naturales mittels der indirekten Methode schliesslich zum Ziele führt.

CALAMIDA.

41) **G. B. Waggett. Chondrom des Ringknorpels. (Chondroma of the cricoid.)** *Journ. of Laryng. and Otol. Juli 1921.*

55jähriger Mann; rechts aussen am Halse eine kleine feste Drüse fühlbar. Die rechte Seite des Vestibulum laryngis war eingenommen von einer grossen, rundlichen Schwellung, die glatt und von normaler Schleimhaut bekleidet war. Sie hatte das Aussehen einer Zyste, die den rechten Morgagnischen Ventrikel ausdehnte und sich bei Sondenuntersuchung von harter Konsistenz erwies. Der rechte Aryknorpel war unbeweglich, und bis auf die äusserste vordere und hintere Portion war die rechte Stimmlippe von dem Tumor verdeckt. Unterhalb der Glottis sah man auf der rechten Seite unter Schwierigkeiten einen kleineren rundlichen Körper. Es bestand ausgesprochene Abduktorlähmung der linken Stimmlippe, die bei Inspiration kaum die Kadaverstellung erreichte, so dass sehr wenig Raum für die Atmung blieb. Seitliche stereoskopische Aufnahme zeigte einen halbkugeligen Schatten, der die ganze rechte Kehlkopfhälfte einnahm und in den Ringknorpelschatten hineinging. Eine vorher schon bestandene Tracheotomieöffnung wurde von neuem eröffnet; dabei zeigte sich, dass es sich um ein Chondrom handelte, das sich längs der hinteren Trachealwand bis zum Niveau der Trachealwunde erstreckte und leicht palpiert werden konnte. Als Pat. 6 Monate später zur Operation kam, war der Tumor sehr gewachsen; er füllte den Larynx fast ganz aus und hatte den Boden des rechten Sinus piriformis in die Höhe gehoben; das andere Ende des Tumors drückte auf die Tracheotomiekanüle. Die Entfernung des Tumors geschah durch submuköse Resektion von einer lateralen äusseren Inzision aus. Genaue Beschreibung der Operation. Die Kapsel des Tumors zerriss dabei und es zeigte sich, dass seine zentrale Portion aus einer Masse bestand, die nach Aussehen und Konsistenz Aehnlichkeit mit Sagopudding hatte. — Nach vollendeter Resektion blieb von dem Ringknorpel nur der vordere linke Bogen des Rings und der linke Rand der Platte übrig. Völlige Heilung.

Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein Chondrom handelte, das von der rechten Hälfte des Ringknorpels ausgegangen war; der obere Teil des Tumors war schleimig degeneriert. Er bestand aus kleinen Läppchen von hyalinem Knorpel, die durch feine vaskuläre Septa vom Bindegewebe getrennt waren. Im Zentrum war der Tumor von chondromyxomatöser Natur.

FINDER.

42) **Norval H. Pierce. Laryngofissur wegen Karzinoms. (Laryngofissure for carcinoma.)** *Annals of Otol. September 1920.*

Verf. tritt für die häufigere Anwendung der Laryngofissur in Frühfällen von Karzinom der seitlichen Kehlkopfwandung ein. Er hat unglückliche Erfahrungen in Fällen, wo zur Zeit der Operation die Tracheotomie gemacht war. Alle seine Todesfälle kamen bei Patienten vor, bei denen zur Zeit der Operation eine Tracheotomie gemacht war. Die Operation wird in Lokalanästhesie gemacht. In Fällen, wo der Tumor klein ist, braucht keine präliminare Tracheotomie gemacht zu werden. Alle Fälle, in denen die Wunde sofort geschlossen wurde, sind geheilt. Eine Tracheotomiekanüle soll nur dann eingelegt werden, wenn die durch die Operation entblösste Region sehr gross wird, ferner wenn ein Teil der Interarytänoidregion entfernt wird und wenn Radium gebraucht werden soll. In letzteren

Fällen muss der Larynx offen bleiben, was immer heftige Beschwerden beim Schlucken zur Folge hat. Den Kehlkopf zu tamponieren nach der Laryngofissur ist nicht nötig. Der unmittelbare Verschluss des Kehlkopfs kann auch erfolgen nach Anwendung des Galvanokauters; er hat Fälle gesehen, wo auch nach ausgiebiger Anwendung der Galvanokaustik die Schwellung sehr unerheblich war.

FINDER.

43) **E. J. Moure** und **Georges Portmann. Ueber totale Laryngektomie. (De la laryngectemie totale.)** *La Presse méd. 16. Juli 1921.*

Unter 31 Fällen, die sie seit 1913 operierten, war nur ein Todesfall 4 Tage nach der Operation.

Die drei wesentlichsten Punkte in der Technik der Verf. sind: frühzeitige Operation, Bildung eines einzigen Hautlappens von einer seitlichen Inzision aus, Auslösung des Kehlkopfs von unten nach oben. Sie operieren in Lokalanästhesie.

Der Hautschnitt wird folgendermassen angelegt: Der Vertikalschnitt wird nicht in der Mittellinie gemacht, sondern an der Seite und zwar rechts, wenn der Operateur rechts vom Operierten steht, links im umgekehrten Falle. Er beginnt oben am vorderen Rande des Sterno in Höhe einer horizontalen Linie, die längs des unteren Zungenbeinrandes läuft und geht nach unten bis zu einer horizontalen Linie, die in Höhe des ersten Trachealringes läuft. Von den Enden dieses ersten Schnittes verlaufen zwei transversale und parallele Schnitte, der obere längs des unteren Zungenbeinrandes bis zum vorderen Rand des Sterno der anderen Seite, der untere in Höhe des ersten Trachealrings bis etwa nach aussen zum vorderen Rand des Sterno der anderen Seite. Man erhält so einen grossen viereckigen Lappen; die ganze Regio subhyoidea ist freigelegt. Diese Inzision hat vor allem den Zweck, die Trachealöffnung von der Kehlkopfwunde zu isolieren, deren oberer Teil gewöhnlich infolge Sekundärinfektion auseinandergeht. Bei dem Verfahren der Bildung zweier Türflügellappen befindet sich die Hautinzision über der Oesophagusnaht und fällt direkt über die Trachealllücke; es genügt also eine Trennung der oberen Oesophagusnaht, wie sie fast konstant eintritt, um die Hautnaht zu infizieren und zum grossen Teil oder völlig aufgeben zu lassen.

Als Vorteile der Loslösung des Kehlkopfs von unten nach oben führen Verf. folgende an: Es sei nicht immer möglich, die Eröffnung der Luftwege zu vermeiden, bevor die Ablösung des Larynx vollendet ist, so dass manche Autoren raten, wenn der Patient im Verlauf der Operation asphyktisch wird, eine kleine Kanüle einzulegen, um die Atmung zu sichern. Ferner: im allgemeinen nehmen die Larynxtumoren, bei denen eine Radikaloperation für angezeigt gehalten wird, die Regio arytaenoidea ein; bei der Loslösung von oben nach unten wird daher leicht das durch die Neubildung schon infiltrierte Gewebe verletzt, während man bei dem umgekehrten Wege immer im Gesunden bleibt; man sieht besser, wo die maligne Infiltration anfängt, in welchem Niveau der Kehlkopf im Oesophagus abzutrennen ist und, wenn es nötig ist, den Teil des Rohrs, der entfernt werden muss.

FINDER.

44) **Z. Joshida. Ein Fall von primärem Trachealkrebs.** *Killian-Festschr. d. Jap. Oto-Rhino-Laryng. Ges. 1920.*

59jähriger Mann, an Atemnot mit inspiratorischem Stridor leidend. Trotz

Tracheotomie bestand die Atemnot weiter, bei der unteren Bronchoskopie trat im Anschluss an eine kleine Blutung wieder Erstickungsanfall auf, von welchem man dem Kranken erst durch gewaltsame forcierte Einführung des kleineren Bronchoskops bis jenseits des Tumors, der von der Trachealwunde abwärts etwa 4 cm entfernt an der linken hinteren Wand sass und das Lumen hochgradig verengte, helfen konnte. Bronchoskopisch konstatierte man, dass die Tumoroberfläche rötlich, uneben höckerig war und leicht blutete. Mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Stückes ergab, dass es sich um Plattenepithelkrebs handelte, der sich primär am mittleren Trachealabschnitt entwickelt hatte; die umgebenden Teile, Oesophagus, Schilddrüse, Kehlkopf usw., normal.

Therapie war symptomatisch: Einführung eines 11 cm langen Trachealrohres über den Tumor hinaus, von Zeit zu Zeit wurde die Tumoroberfläche mit der kleinen Zange ausgeschnitten und Radium direkt auf die Tumoroberfläche gerade an der 10 cm oder 14 cm von der Trachealwunde entfernten Stelle appliziert.

OKADA.

45) **Gherardo Ferreri. Die Kehlkopftuberkulose und die Volksheilanstalten. (La tubercolosi laryngea e i sanatori popolari.)** *Arch. Ital. di Laringologia. H. 2/3. 1921.*

Verf. wird bei seinen Ausführungen beeinflusst durch die Eindrücke, die er gelegentlich einer Reise in Deutschland bei dem Besuch verschiedener Lungenheilanstalten und auf der Casseler Tagung der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege erhalten hat. Er bespricht die an den deutschen Heilanstalten angewandten Behandlungsmethoden und tritt lebhaft dafür ein, dass auch die an Larynxkomplikationen leidenden Patienten möglichst umgehend der Sanatorienbehandlung zugeführt werden. Er redet einer Vermehrung der in Italien bestehenden Volkslungenheilanstalten das Wort und stellt die Forderung auf, dass auch für die spezialistische Versorgung der Kehlkopfkranken an diesen Sanatorien genügend Sorge getragen werde.

Wir erfahren bei dieser Gelegenheit, dass auch in Italien in dem Kriege die Tuberkulose erheblich zugenommen hat. Während vor dem Kriege auf jede Million Einwohner 1480 Todesfälle an Tuberkulose kamen, stieg diese Zahl 1916 auf 1667 und 1917 auf 1750. Von 140 Patienten (80 Frauen und 60 Männern) mit Lungentuberkulose, die das Sanatorium Umberto I in Rom aufsuchten, fand Verf. bei den 80 Frauen 23 (28,75 pCt.) und bei den 60 Männern 11 (18,33 pCt.) mit tuberkulöser Erkrankung des Kehlkopfes.

CALAMIDA.

46) **Ladislaus Jonas. Ein neuer Apparat zur Kehlkopfbestrahlung.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 23. 1921.*

Der bei Carl Reiner und L. Lieberknecht, Wien IX, Mariannengasse 17, hergestellte Apparat zur Sonnenbestrahlung besteht aus einem Mundtrichter in der Form der gynäkologischen Röhrenspekula, an dessen innerer enger Oeffnung sich ein Kehlkopfspiegel befindet (kann auch ein Quarzspiegel sein), welcher mittels einer durch den Trichter nach aussen führenden Zugstange bewegt und durch konstruktive Einzelheiten von aussen sehr einfach und genau eingestellt werden kann. In der äusseren weiteren Oeffnung des Trichters ist ein kleiner Spiegel;

dieser ist fix angebracht, da er mit der horizontalen Ebene einen unveränderlichen Winkel bilden soll. Ferner ist der Trichter durch ein Gestell mit einem grossen runden beweglichen Planspiegel gelenkig verbunden, der eine zentrale Oeffnung besitzt und nur zur Beobachtung des Kehlkopfbildes dient.

HANSZEL.

d II) Stimme und Sprache.

47) **Johann Göpfert. Stimmaufnahmen mit dem Marbeschen Sprachmelodieapparat.** *Vox. H. 5/6. S. 116. 1920.*

G. hat mit den russenden Flammen nach der Marbeschen Methode von den Sätzen: Guten Tag, wie geht's Dir? Wo warst Du die ganze Zeit?, die „in langsamem Sprechtempo silbenweise" gesprochen wurden, „damit die einzelnen Vokal- und Stimmtöne in ihrer graphischen Registrierung als Träger der Tonhöhen deutlich von einander geschieden wurden". Hierin liegt natürlich ein wesentliches Abweichen vom normalen Sprechen. Es wurden 10 Aufnahmen von Normalen, 10 von stimmgestörten Soldaten, also Reststörungen nach geheilter Aphonie (von G. als „phonasthenisch" bezeichnet), 15 von taubstummen Kindern, 5 von organischer Kriegstaubheit, 5 von psychogener Taubheit, 5 von nervösen und organischen Sprachstörungen nach Kopfschuss, 5 von geistig erkrankten Soldaten gemacht. Es ergab sich, dass je grösser die Spannung zwischen arithmetischem Mittel innerhalb 10 Schwingungen und dem Stimmumfang war, desto reicher war die Sprachmelodie und umgekehrt. Je enger der Stimmumfang und je enger jenes arithmetische Mittel, desto ärmer war die Sprachmelodie. Die einzelnen Versuchsergebnisse sind noch folgende: Reichere Sprachmelodie der Frauenstimme gegenüber der Männerstimme (was mit besserer Technik jedenfalls nachgeprüft werden muss); Bestehenbleiben von erheblichen Reststörungen nach geheilter Aphonie (was in dieser Allgemeinheit nicht haltbar sein dürfte, falls die Aphonie wirklich ganz gründlich behandelt wird, sind Reststörungen selten. D. Ref.); Armut der Sprachmelodie und Enge des Stimmumfanges bei Taubstummen; geringerer Einfluss des Hörausfalls bei organisch oder psychisch Tauben; Beeinflussung der Sprachmelodie beim Stottern, bei dessen Uebungstherapie der letzteren mehr Beachtung zu schenken wäre; Monotonie bei Schwachsinnigen. Die Ergebnisse bestätigen teilweise die Isserlinschen Untersuchungen, die bekanntlich mit dem Frankschen Apparat viel genauer vorgenommen werden konnten.

NADOLECZNY.

48) **Johann Göpfert. Die Uebungsbehandlung von Stotterern in einem Neurotikerlazarett.** *Vox. H. 5/6. S. 129. 1920.*

Die Vorgeschichte der nicht im Kriege erkrankten Stotterer ergibt nichts Neues. Die Kriegsstotterer teilt G. wie alle anderen Autoren in durch den Kriegsdienst verschlimmerte und im Krieg entstandene, von denen er noch Fälle von Stottern bei Hysterie trennt. Die Gutzmannsche Uebungsbehandlung wurde später durch eine mehr suggestive mit besonderer Berücksichtigung der „akustischen Komponente" der Sprache ersetzt. Zwei Fälle werden besonders beschrieben. Schliesslich verbreitet sich G. über die Fürsorge bei sprachkranken Kindern. Er ist gegen Sonderklassen und für klinische Sonderbehandlung event. in der Kinderklinik.

NADOLECZNY.

49) **J. Hegener. Stereoskopie und Stereophotographie des Larynx und des Ansatzrohres und ihrer Bewegungen.** *Vox. H. 5/6. S. 109. 1920.*

H. bespricht die Entwicklung der Stereoskopie und Stereophotographie mit Ausnahme der Schaeferschen Lupenprismenbrille (Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1915) und beschreibt seine mit Dr. Henker konstruierte neue Spiegelkamera mit lichtstarkem Stroboskop. NADOLECZNY.

50) **J. Hegener** und **Panconcelli-Calzia. Die Kinematographie der Stimmlippenbewegungen beim Lebenden.** *Vox. H. 5/6. S. 114. 1920.*

Die stroboskopisch verlangsamte Stimmlippenbewegung wurde kinematographisch aufgenommen, also ein Kinematogramm zweiter Ordnung hergestellt. Technik und Hilfsmittel werden beschrieben. NADOLECZNY.

51) **Julius Hegener. Die Entwicklung der subjektiven und objektiven endolaryngealen Beobachtungsmethoden in ihrer Bedeutung für die experimentelle Phonetik.** *Vox. H. 1. S. 1/2. 1921.*

Historische Zusammenstellung der Untersuchungsmethoden und ihrer Leistungsfähigkeit seit Garcia bis zur Stroboskopie und die binokular stereoskopische Untersuchung nach Hegener und nach Brünings. Zuletzt wird H.'s neuester Apparat zur Aufnahme orthostereoskopischer Bilder beschrieben, eine auf optischer Bank bewegliche Kamera mit 2 Reflexspiegeln und asphärisch deformierten Linsen. (Leider ist der Preis nicht angegeben.) Damit gelingen mit nur 4 Ampère Stromstärke bei selbstregulierender Lampe Momentaufnahmen von $^1/_{50}$ bis $^1/_{25}$ Sekunde, die voll ausexponiert sind, und Farbenaufnahmen in 2—5 Sekunden. Hegener verweist auf die grosse wissenschaftliche Bedeutung des Verfahrens. NADOLECZNY.

52) **Hermann Owert. Die zahnärztliche Behandlung funktioneller Sprachstörungen vermittelst Spezialprothesen.** *Vox. H. 1/2. S. 24. 1921.*

O. verweist auf die bekannte Bedeutung von Anomalien der Zahnstellung beim Stammeln, namentlich beim Lispeln. Er hat eine Zahnprothese konstruiert, an der ein kleiner Bügel angebracht ist, wodurch die richtige S-Bildung ebenso erleichtert wird, wie durch die Verwendung der Sonden bei den Uebungen der Lispler. Eine andere Prothese mit kleinen Gummisaugern verhindert durch Ansaugen der Backenschleimhaut das Seitwärtslispeln. Die Hypothese, dass Zahnbögen nicht nur prädisponierende Ursache, sondern auch Folge des Seitwärtslispelns sein könnten, scheint dem Ref. sehr gewagt. Zwölf kurze Krankengeschichten beweisen, dass die Behandlungsdauer mit solchen Prothesen jedenfalls nicht kürzer ist als bei der Sprachübungsbehandlung allein. Auf letztere kann man aber nach Angabe von O. auch bei Verwendung seiner Spezialprothesen nicht verzichten.

NADOLECZNY.

53) **Nadoleczny. Bemerkung zu obiger Arbeit von Owert.** *Vox. H. 3. S. 90. 1921.*

Verwahrt sich dagegen, dass er behauptet haben soll, der Sigmatismus lateralis beruhe auf Hörstörungen. (Eigenbericht.)

e) Oesophagus.

54) **Henry Lowndes-Lynah. Grenzkrankheiten des Oesophagus. (Borderline diseases of the esophagus.)** *Annals of Otol., Rhinol. and Laryng. März 1921.*

Verf. bespricht: 1. Die Spasmen. In einigen Fällen wurde Heilung erzielt nach Einführung des Oesophagoskops ohne Anästhesie, drei Fälle wurden so vorübergehend gebessert, in einem Fall musste zwei Jahre lang Dilatation gemacht werden, bevor Pat. eine Nahrung schlucken konnte. Verf. spricht ausführlich über die im Niveau des Zwerchfellhiatus vorkommenden Oesophagusspasmen und erörtert die Frage, ob — wie Liébault und Roget wollen — die Zwerchfellöffnung den Hauptfaktor bei der Entstehung des sogenannten Kardiospasmus bildet oder ob — wie dies z. B. Mosher behauptet — eine ausgesprochene Sphinkteraktion der Kardia vorliegt, die auf nachweisbare zirkuläre Muskelfasern zurückzuführen ist.

2. Narbenstrikturen. In sieben Fällen bei Kindern, die Verf. untersuchte, war die Stenose in drei am oberen Orifiizum, in den anderen unterhalb der Bronchialkreuzung; bei Erwachsenen war der Sitz gewöhnlich hoch oben. Bei Erwachsenen muss man, auch wenn aus der Anamnese hervorgeht, dass sie in der Kindheit eine Aetzflüssigkeit getrunken haben, vor der Oesophagoskopie genau auf dem Fluoreszenzschirm und mittels Röntgenaufnahme untersuchen und die Oesophagoskopie nur sehr vorsichtig vornehmen, denn es kann sich an Stelle der früheren Ulzeration ein Karzinom gebildet haben. Verfasser führt ein Beispiel dafür an.

3. Lähmung. Verf. schildert ausführlich einen interessanten Fall, eine 27jährige Dame betreffend, der zuerst für eine hysterische spastische Oesophagitis gehalten wurde und bei dem es sich herausstellte, dass die Versorgung durch den Glossopharyngeus beeinträchtigt war, dass es sich also um einen besonderen Typus von Bulbärparalyse infolge einer zentralen Erkrankung handelt. Ein anderer Fall betraf ein 22jähriges Mädchen, das eines Abends nicht mehr schlucken konnte; es bestand Ptosis des linken Auges, Strabismus divergens, Doppelsehen, Atembeschwerden infolge Phrenikuslähmung. Stimmlippenbewegung normal, beide Sinus piriformes mit Sekret gefüllt; da der Hustenreflex ausgelöscht war, so konnte das Sekret nicht ausgehustet werden. Diagnose lautete auf Polioenzephalomyelitis. Exitus.

4. Divertikel. In einem Fall des Verf.'s war komplette Narbenstenose des ganzen subdivertikulären Teiles des Oesophagus vorhanden und, um den Patienten vom Verhungern zu retten, musste die Gastrostomie gemacht werden. Verf. bespricht die verschiedenen Operationsmethoden bei den Divertikeln; es werden ferner besprochen die malignen Erkrankungen, die syphilitischen Stenosen und die Tuberkulose des Oesophagus. Letztere ist nach Behauptung des Verf.'s nicht selten und er glaubt, dass die Schluckschmerzen bei Larynxtuberkulose oft darauf zurückzuführen seien, dass der Oesophagus mit erkrankt ist.

FINDER.

55) **S. Kamimura. Ueber Oesophagusdilatation im Anschluss an angeborene Oesophagusstenose.** *Killian-Festschr. d. Jap. Oto-Rhino-Laryng. Ges. 1920.*

$5^1/_2$jähriger Knabe, der seit der Geburt nach der Nahrungsaufnahme zu er-

brechen pflegt und sehr elend und abgemagert ist. Es wurde durch radiographische und ösophagoskopische Untersuchung konstatiert, dass eine Dilatation vorhanden war, die von einer 15 cm von den Schneidezähnen gelegenen Stelle sich nach abwärts bis zur Kardia erstreckte. Die stenosierte Stelle lag ganz nahe der Kardia, war mit chronisch entzündeter, bedeutend verdickter, dunkelrötlich verfärbter Schleimhaut bedeckt; sie war so eng, dass von der Probespeise nur ein geringer Teil tropfenweise in den Magen gelangen konnte.

Verf. hält die Stenose für eine angeborene; Narbenbildung traumatischer oder luetischer Natur, Spasmen, Neubildungen usw. sind auszuschliessen.

OKADA.

56) G. N. Biggs. **Ein Fall von Schusswunde, in dem das Geschoss mittels Oesophageskops entfernt wurde. (A case of gunshot wound in which the bullet was removed by means of the oesophagoscope.)** *Lancet. S. 589. 1921.*

Dass Geschoss drang in der rechten Gesichtsseite ein, ging durch das rechte Antrum, durchbrach das Septum, drang in den harten Gaumen, dann in die hintere Rachenwand dicht über dem Ringknorpel und blieb in den Muskeln unter dem Ringknorpel genau in der Mittellinie stecken. Da das Geschoss in einer Abszesshöhle lag, hielt Verf. es für ratsamer das Oesophagoskop zu benutzen als eine Operation von aussen zu machen. Nach einer sehr mühseligen Operation wurde die Kugel entfernt; sie glitt aus der Zange, wurde verschluckt und ging nach vier Tagen per rectum ab.

FINDER.

57) Carl Sternberg. **Ueber angebliche Verätzung des Oesophagus durch Kampfgas. Ein Beitrag zur Aufklärung seltener Befunde.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 22. 1921.*

Ein Soldat, der nach einem Gasangriff Schlingbeschwerden hatte und keine Nahrung mehr zu sich nehmen konnte, so dass die Gastrotomie gemacht werden musste, starb 1920 an Perikarditis und eitriger Pleuritis. Bei der Sektion fand sich der Oesophagus fast in ganzer Ausdehnung obliteriert in ein plattes, bandartiges Gebilde verwandelt. Es entstand die Frage, da die ersten Erscheinungen der Speiseröhrenstriktur unmittelbar nach einem Gasangriff entstanden waren, ob durch das Gas eine diphtherische Oesophagitis entstanden war. Weitere Nachforschungen ergaben aber, dass er 3 Wochen vor der Gastrotomie irrtümlich Laugenessenz getrunken hatte; er hatte die Folgen der Laugenvergiftung auf den Gasangriff geschoben, um die Kriegsentschädigung zu erhalten.

HANSZEL.

58) Weiland. **Baryumfüllung der Bronchien bei perforiertem Oesophaguskarzinom.** Aerztl. Verein zu Harburg a. E., Sitzung v. 30. Juli 1919. *Berliner klin. Wochenschr. No. 2. S. 43. 1920.*

70jährige Frau, seit 8 Tagen bestehende Schluckbeschwerden. Bei Beobachtung des Schluckaktes charakteristisches Bild einer Oesophagusstenose oberhalb der Bifurkation; in dünnem Strahl ergiesst sich die Baryumaufschwemmung aus der kraterförmigen Verjüngung des Oesophagus in den Bronchialraum nach beiden Lungenfeldern und gibt in ihnen ein bis in die feinsten Verästelungen reichendes Bild des Bronchialbaumes. Nachteilige Folgen von der Baryumfüllung

der Bronchien traten, abgesehen von einer einmaligen Temperatursteigerung am gleichen Tage, nicht auf. Die Kranke starb einige Wochen später an einer Bronchopneumonie nach Gastrostomie.

R. HOFFMANN.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Jörgen und Viggo Forchhammer,** Theorie und Technik des Singens und Sprechens in gemeinverständlicher Darstellung. Mit vielen Abbild. 564 Ss. Preis 52 M. Breitkopf u. Härtel. Leipzig 1921.

Die Absicht der Verff. ist, ein gemeinverständliches, auf Tatsachen fussendes Lehrbuch zu geben, das auf Hypothesen nicht eingeht und theoretische Grundlagen liefert bei der Lektüre anderer Bücher über Gesangsmethoden, ebenso bei Unterricht im Schulgesang, in Sprechtechnik und Stimmbildung. Deshalb beschränken sie sich auf die aktive Tätigkeit beim Sprechen und Singen und berücksichtigen besonders die physikalisch-akustischen Erscheinungen. Entsprechend dem Zweck des Buches ist es in kurzen prägnanten Sätzen und Abschnitten geschrieben, berücksichtigt aber nur die bekannten Hauptwerke, weshalb es als Nachschlagebuch für Literatur nicht dienen kann. Es zerfällt in fünf Kapitel: Physikalische Erklärung der Schallerscheinungen, Bau unserer Stimm- und Sprachwerkzeuge, Tätigkeit derselben, die deutschen Sprachlaute und ihre Artikulation und schliesslich Sprechen und Singen. Das erste physikalische Kapitel, ein gutes populäres Kompendium scheint am besten gelungen. Merkwürdig berührt darin nur die Behauptung, die Töne der Subkontraoktave würden nur durch ihre Obertöne hörbar, bzw. ihre Wahrnehmung sei individuell. Ferner dürfte der Unterschied zwischen objektiver und subjektiver Intensität schärfer hervorgehoben werden. Auch die Arbeiten von C. Stumpf dürften mehr berücksichtigt werden. Im anatomischen Abschnitt möchte Ref. Widerspruch erheben gegen die Trennung der Begriffe Stimmlippe und Stimmband zu gunsten des einheitlichen Begriffs Stimmlippe. Die Bevorzugung der Tiefatmung ist zu begrüssen, ob jedoch eine wesentliche Schonung der Baucheingeweide (durch „relative Ruhe") damit verbunden ist oder nicht gerade im Gegenteil die Wirkung der Atmung auf dieselben von Vorteil sei, bleibt doch fraglich und gehört nicht zum Thema. Registerunterschiede werden nur vom Schwingungsmechanismus der Stimmlippen abgeleitet, soweit dieser überhaupt bekannt ist: Rand und Vollregister. Diese zwei Grundregister (äussere und innere Spannerwirkung) seien abhängig vom Anblasedruck. Auch die Deckung beziehen Verff. nur auf die Stimmlippenform, wobei die Kehlkopfstellung nebensächlich sei. Hypothetisch werden unterschieden „komprimierte und unkomprimierte Töne", je nachdem die Stimmlippen aneinanderschlagen oder sich nur nähern. Dementsprechend ist später die Rede von Kompressionsfähigkeit des Registers, die mit der Höhe abnehme. Unnötig kompliziert ist die Lehre vom Stimm-Einsatz und -Absatz behandelt. Im Abschnitt über die Stimmlage fehlt ein Hinweis auf die Mutationsveränderungen der weiblichen Stimme, sowie auf die Sprachsext. Eine eigene Registertabelle war zu erwarten, da sie fast in keinem derartigen Buch fehlt. Bei der Lautlehre sind besonders die Resonanzerzeugung durch Umformung der Resonanz-

räume erklärt, während der Einfluss der Wandungen die Dämpfung verschieden gestalte. Mit Nachdruck wird auf die Unmöglichkeit hingewiesen, den Schallstrahl an bestimmte Stellen zu leiten, ferner auf die Bedeutung der stehenden Wellen im Bereich des Ansatzrohrs. F. tritt für tiefe Kehlkopfstellung und Einübung der einzelnen artikulatorischen und phonatorischen Bewegungskomponenten ein, was sicher nicht von allen Fachleuten angenommen werden wird. Die Begriffe: Kopf- und Brustresonanz im Sinne einer physikalisch wirkenden Funktion bei der Tonbildung lehnt F. ab. Der Abschnitt über die Sprachlaute ist sehr breit geschrieben und enthält eine etwas umständliche, von der üblichen abweichende Vokaleinteilung. Die Akzentlehre (Höhe, Stärke, Dauer) in Sprache und Musik sind eingehend behandelt und durch graphische Aufnahmen und Darstellungen erläutert; dabei hätten glücklichere Wortbeispiele gewählt werden können als z. B. Parallelepipedon (nicht donn). Das letzte Kapitel enthält noch zahlreiche Angaben über musikalische Technizismen, die in anderen Werken fehlen, ferner über Rhythmus, Anforderungen an Stimm- und Sprachbeweglichkeit, Stimmumfang und Stärke sowie über Vortragsformen. Nadoleczny.

---

b) XXV[e] Congrès annuel de la Société Belge d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie.

Antwerpen, 12. und 13. Juli 1919.

Wissenschaftliche Sitzung.

Buys (Brüssel): Hypophysentumor. Operation nach Broeckaerts intranasalem Verfahren mit kompletter Resektion des Septums.

Aussprache: Ledoux möchte die Methode Broeckaert nicht mehr anwenden. Wenn eine Geschwulst der Hypophyse vorliegt, soll man entweder nach Hirsch oder nach Eiselsberg operieren. Wenn eine Geschwulst der Umgebung diagnostiziert werden kann, soll fronto-temporal trepaniert werden. Die Methode Broeckaert hat keinen Vorteil, jedoch den Nachteil der geringeren Asepsis.

Ledoux (Brüssel): Ein Fall von Laryngoösophagotomie mit Demonstration des Präparates. Operation nach Gluck.

Eeman (Gent): Otitis catarrhalis als erstes Symptom von Tumoren des Nasopharynx.

Zwei Fälle werden vom Vortr. mitgeteilt. Durch Schmiegelow (Dänische oto-laryng. Ges., 1905) und Herbert Tilley (9. Kongress zu Rostock) sind derartige Fälle erwähnt. Man sollte eigentlich immer den Nasopharynx bei Erwachsenen mit seröser Otitis untersuchen. In beiden mitgeteilten Fällen gesellten sich zur rezidivierenden Otitis Lähmungen von Hirnnerven.

Trétrôp (Antwerpen): Hemiopsia horizontalis inferior bilateralis nach Eindrückung des Hinterhauptbeins durch Granatenexplosion. Kraniektomie. Heilung.

Fernandes (Brüssel): Ein Fall von Larynxstenose.

7jähriges Kind, bei welchem sich nach Intubation eine das Lumen fast verschliessende Membran gebildet hatte. Bei bestehender Tracheobronchitis erst

Tracheotomie und nachher Thyreotomie mit Dilatation. Nach drei Wochen konnte die Wunde geschlossen werden; es kam jedoch wieder zur Bildung einer Narbenmembran im Lumen. Wieder Thyreotomie mit Galvanokauterisation der Wunde. Heilung.

Fernandes (Brüssel): Ein Fall von Fremdkörper des Kavums.

12jähriges Kind mit purulenter Rhinitis. Zwei Jahre vorher war die Adenotomie gemacht. Bei der Palpation bekam man das Gefühl einer eigenartigen Rauhigkeit. In Narkose konnte ein Kürettenkörbchen entfernt werden!

Fernandes (Brüssel): Ein Speichelstein.

Stein aus dem Ductus Whartonianus. Die Form einer halben Olive. Die runde Seite lag wie immer nach dem Munde zu, die platte im Lumen. Auf dieser platten Seite sieht man in der Mitte deutlich eine kleine Depression, umgeben von konzentrischen Ringen. Diese Form des Steines verdeutlicht das Entstehen.

E. Delneuville (Spa): Die Adenoidenträger in den Bädern von Spa.

Befürwortung einer Nachbehandlung nach der Operation. Ihre Vernachlässigung ist öfter Ursache des Misserfolges. Im besonderen werden empfohlen: 1. Muskelmassage, um die Atmungsmuskeln zu stärken. 2. Hydrotherapie in der Form der „douche écossaise". 3. Atmungsgymnastik auf Anweisung eines geübten Gymnasten unter Aufsicht des Arztes. Die Erfahrungen des Vortr. betreffen besonders schwedische Gymnastik. 4. Gewisse mechano-therapeutische Uebungen können zu demselben Ziele führen. 5. Ferner Schwimmübungen; bei schwächlichen Kindern in erwärmtem Wasser. Da jüngere Kinder nicht täglich schwimmen sollen, ist Abwechslung mit Kohlensäurebädern und „douche écossaise" empfehlenswert. 6. Trinkkuren mit dem Mineralwasser von Spa.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Zwei Fälle von Nasopharyngealfibrom.

Demonstration der beiden geheilten Fälle. Der erste mit stark entwickelten Ausläufern wurde nach Moure operiert auf transmaxillo-fazialem Wege. Die vordere und innere Wand der Kieferhöhle wurden endonasal entfernt, der Arcus zygomaticus temporär reseziert. Nach zweimaligem Rezidiv jetzt seit zwei Jahren geheilt. Im zweiten Falle wurde palatinal operiert.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Vier Fälle von chronischer eitriger Stirnhöhlenentzündung durch breite endonasale Eröffnung geheilt.

Vorstellung von Pat. nach des Vortr. Methode operiert. Bei einer Frau wurden sämtliche Nebenhöhlen eröffnet auf endonasalem Wege und ausserdem der Tränensack nach West operiert. Von weiteren drei Fällen litt einer an epileptiformen Anfällen, nach der Operation geheilt.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Zwei Kanülenträger.

Vorstellung 1. eines 27jährigen Kanülenträgers, welcher seine Kanüle seit 25 Jahren hat nach Diphtherie mit Intubation und nachfolgender Tracheotomie. Endolaryngeale Dilatation ohne Erfolg. Er fragt, ob Laryngostomie angezeigt ist.

2. Ein zweijähriges Kind. Als es elf Monate alt war, Laryngitis croupalis und *Tracheotomie. Das schlecht* bewachte Kind entriss sich die Kanüle nach einer *Stunde. Nach vielen fruchtlosen* Versuchen der Umgebung, die Kanüle wieder *einzuführen, erfolgte dies* erst durch den Arzt. Die Wunde eiterte sehr stark. Die *Kanüle wurde ein Jahr lang* getragen trotz endolaryngealer Dilatation der Trachea. *Spontane Heilung.*

Aussprache: Moure (Bordeaux): Man muss einen Unterschied machen zwischen Kindern und Erwachsenen. Bei Kindern erscheint Enthaltung von besonderen Massnahmen das beste. Meistens sind die kindlichen Stenosen Folgen einer zu hoch gelegenen Oeffnung, entweder im Larynx oder im Krikoid. Man muss dann die Kanüle in die Trachea bringen und geduldig warten, event. jahrelang. Die Entwicklung der Luftwege macht schliesslich die Atmung auf natürlichem Wege möglich. Moure hat auf diese Weise noch immer Erfolg gehabt. Laryngostomie ist nicht ohne Gefahr. Beim Erwachsenen soll man nach einiger Zeit nach bekanntem Verfahren eingreifen. Der vorgestellte Fall scheint zur Laryngotomie geeignet, weil die Kriko-arytänoid-Gelenke beweglich sind.

Moure (Bordeaux): Ueber einige Fälle von schweren Larynxstenosen.

Schwerste Fälle sind jene, wo eine mehr oder weniger grosse Partie des Larynxskeletts durch das Projektil vernichtet ist (besonders die Lamina thyreoidea). Nicht allein ist in diesen Fällen der Rest des laryngotrachealen Kanals durch neugebildetes Bindegewebe ersetzt, sondern durch das Fehlen der Lamina hat man nicht genügende Tiefe, um die natürliche Lage wieder herzustellen. Man muss also erstens einen Kanal graben und diesem dann auch die nötige Tiefe geben. Wenn der Kanal einmal gebildet war, wurde dann unter der Haut am Rande der Oeffnung entweder ein Stückchen Knorpel oder ein Knochensplitter von der Tibiakante eingepflanzt. Es wurden so künstlich die Seiten des Thyreoids geschaffen. Durch eine Plastik muss dann der definitive Verschluss herbeigeführt werden. Vortragender meint, dass die Stimme schon wiederkehren wird, da auch bei gänzlicher Entfernung des Larynx das Narbengewebe zur Bildung der Stimme benutzt wird. In einem der drei erwähnten Fälle — welche freilich noch nicht ganz geheilt, doch auf gutem Wege zur Besserung sind — war ausserdem der obere Teil des Oesophagus vernichtet.

Louis Bar (Nice): Bemerkungen zur Pathologie des Fibromyxoms der Choanen.

Erwähnung eines Falles von Rezidiv dieser Art Geschwulst. Rezidive sind sonst selten. Betrachtungen über Hämorrhagien, welche die Operation erschweren können. Sie treten besonders bei Arteriosklerose auf. Rezidive kommen hauptsächlich im jüngeren Alter vor.

Zeatry (Antwerpen): Die Rolle der Prothese in der kosmetischen Chirurgie des Gesichts.

Zusammenwirkung von Chirurgen und Prothesenmacher. Durch Prothesen kann zeitweise oder dauernd das knöcherne Gerüst ersetzt werden. In manchen Fällen, an der Nase, an den Ohren, tritt die Chirurgie in den Hintergrund.

Hicguet (Brüssel): Ein Fall von Polyneuritis durch Salvarsan. Aphasie und Pseudoparalysis labio-glosso-laryngea.

Mitteilung der ausführlichen Krankengeschichte.

Ledoux (Brüssel): Narkose durch Einlauf mit ätherisiertem Oel.

Vortr. ist zufrieden mit der Methode von Gwathney. Ein Teil Oel auf drei Teile Aether. Man gibt eine Dosis nach dem Körpergewicht. Um zu langer Dauer zu begegnen, lässt Vortragender, wenn die Narkose erreicht ist, mittels eingeführtem Rektoskop das Oel entfernen. Wenn die Operation lange dauert, wartet er hiermit noch einige Minuten.

Aussprache:

Maleens machte die Erfahrung, dass eine Dosis unter 2 bis 3 g per Kilo Körpergewicht zu gering ist. Postoperative Entleerung des Rektums soll man nicht unterlassen.

de Stella (Gent) fragt, ob nach der Operation Nieren und Leber untersucht sind. Bei der gewöhnlichen Narkose findet man schon öfter Schädigung dieser Organe. Bei Applikation auf dem angegebenen Weg, wobei für die Elimination es noch mehr auf die Nieren ankommt, besteht die Gefahr noch mehr. Ausserdem beherrscht man die Narkose nicht mehr.

Ledoux hat vonseiten der Leber nichts gefunden. Der Urin wurde auch regelmässig auf Albumen und Gallpigmente untersucht. Doch hält er die Methode für nicht angebracht bei einer Nierenaffektion. Wenn Gefahr droht oder bei zu tiefem Schlaf, kann man durch das Rektoskop das nichtabsorbierte Oel entfernen.

Jacquet (Brüssel): Die Intubationsnarkose erfüllt ebenso gut den Zweck, den narkotisierenden Assistenten aus dem Operationsfeld zu entfernen. Wenn man rektale Narkose geben will, weshalb gibt man dann das Narkotikum nicht in Gasform, wie er es schon vor 30 Jahren sah.

Ledoux antwortet, dass gasförmige Aetherapplikation nicht geht, weil die benötigte Spannung im Rektum nicht erreicht wird. Das Interessante an der neuen Methode ist, dass die Spannung im ätherisierten Oel sehr hoch ist.

Herbert Tilley (London): Endonasale operative Behandlung des chronischen Stirnhöhlenempyems.

Erste Etappe ist die Conchotomia media mittels Schere und kalter Schlinge. In einigen Fällen wird es dann möglich, eine Raspe in den Canalis frontonasalis einzuführen und ihn so zu erweitern, dass freie und dauernde Drainage erhalten wird. Wenn keine Sonde in die Stirnhöhle eingeführt werden kann nach der Entfernung der Muschel, liegt das an den sogenannten Aggerzellen (beschrieben von H. P. Mosher-Boston). Mit schneidender Kürette können sie entfernt werden. Zwei Tage nach der Operation muss die Höhle mit warmer normaler Salzlösung gespült werden, eventuell fügt man Wasserstoffsuperoxyd zu der Lösung. Die Spülungen dauern, bis der eitrige Ausfluss aufgehört hat. Granulationen werden mit Höllenstein beseitigt. Nach einer Woche kann das Krankenhaus verlassen werden. Es wurde immer Narkose gegeben. Wenn die Höhle durch Septen abgeteilt ist, besteht wenig Aussicht auf Heilung auf diesem Wege. Röntgen-

aufnahme vor dem Eingriff! In über 100 Fällen nie ein tödlicher Ausgang. Die häufigste Komplikation war temporäre Schwellung der Augenlider. In wenigen Fällen traten Ekchymosen der Lider auf, selten Cellulitis orbitalis. —

Ferner otologische Vorträge.

(Nach dem offiziellen Protokoll [Bulletin trimestriel de la Société Belge].)

---

c) Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie,

Paris, 9. bis 12. Mai 1921.

Fortsetzung und Schluss aus Nr. 6 dieses Jahrgangs.

(Rhino-laryngologischer Teil.)

Moure (Bordeaux) und A. Hautant (Paris): Behandlung der malignen Tumoren in der Oto-Rhino-Laryngologie mittels Röntgenstrahlen.

Die Röntgentherapie erweist sich besonders wirksam gegenüber den Lymphosarkomen; es ist ein sehr wichtiges Ergebnis der neueren Zeit, dass auch die Karzinome günstig durch diese Therapie beeinflusst werden können. Es kommen nur Strahlen von kurzer Wellenlänge für die hier zu erfüllenden therapeutischen Zwecke in Betracht. Operable Tumoren sollen möglichst frühzeitig operiert werden; der intralaryngeale Krebs sowie gewisse umschriebene Tumoren des Gesichts erfordern chirurgische Behandlung. Tumoren, die nicht unter günstigen Bedingungen operiert werden können, sollen sofort der Strahlenbehandlung unterworfen werden, ohne dass ein chirurgischer Versuch gemacht wird. Das Lymphosarkom der Mandel soll sofort mit Röntgen behandelt werden.

Bei den Tumoren der Nase und der Nebenhöhlen erlaubt die Verbindung von Strahlentherapie und Chirurgie die Grenzen der Operierbarkeit weiter zu stecken, auch ausgedehnte Fälle in Angriff zu nehmen, und sie scheint die Prognose zu verbessern. Bei den Tumoren der Mandeln, des Hypopharynx und der Regio pharyngo-laryngea ist die Röntgentherapie das beste Palliativmittel. Bei den Tumoren des Larynxinneren mit sehr rapidem Verlauf und im Falle der Weigerung des Patienten, sich operieren zu lassen, kann die Röntgentherapie den Tumor zum Verschwinden bringen, ohne schwere lokale Erscheinungen oder Larynxödem hervorzurufen.

Ausser den bekannten Gefahren der Röntgentherapie hebt M. hervor den schnellen Verlauf der Rezidive im Falle eines Versagens dieser Therapie.

Regaud und L. Reverchon (Paris): Ueber einen Fall von Epidermoidepitheliom des Gesichts, der Mund-, Nasen-, Orbitalhöhle und der Halsdrüsen, mittels Radium geheilt.

Die Erkrankung begann mit einer Anschwellung der linken Wange; es zeigte sich, dass ein Epitheliom der Kieferhöhle durch die Fossa canina durchgebrochen war. Nach Röntgentherapie anfängliches Zurückgehen, dann Wachstum des Tumors, der auf Orbita, Nasenhöhle, Halsdrüsen sich ausdehnt. Es wurde dann Radiumbehandlung eingeleitet, mit dem Erfolg, dass Heilung eintrat mit einem grossen Substanzverlust, entsprechend dem zerstörten linken Oberkiefer. Die Wände der Höhle sind absolut glatt und seit 13 Monaten keine Spur von Rezidiv.

Reverchon und Coutard (Paris): Lymphoepitheliom des Hypopharynx mit Röntgentherapie behandelt.

Die beiden wesentlichen Punkte von Interesse sind: Das rapide Verschwinden des Tumors unter dem Einfluss der Röntgenbehandlung, andererseits, dass trotz der innerhalb kurzer Zeit durch den Tumor absorbierten Strahlenmenge jede Reaktion im Larynx fehlte.

Gault (Dijon): Ueber Radiumapplikationen bei Tumoren des Hypopharynx und des Larynx.

Die Technik der Radiumtherapie bei Kehlkopftumoren formuliert G. folgendermassen: In erster Sitzung Entfernung der Drüsen mit dem Messer; in zweiter Sitzung werden von aussen her Nadeln, die Radiumemanation enthalten, oder die das Radiumsalz enthaltenden Tuben in die Kehlkopfwand eingebracht, nachdem man laryngoskopisch die hierfür in Betracht kommenden Punkte je nach dem Sitze der Affektion bestimmt hat.

Halphen und Cottenot (Paris): Ein Fall von Epithelioma spinocellulare des Kehlkopfs mittels Röntgentherapie geheilt.

Es handelte sich um einen papillomatösen Tumor, der die ganze laryngeale Fläche der Epiglottis und das rechte Stimmband bedeckte. Röntgentherapie mit massiven Dosen von kurzwelligen Strahlen, die durch ein dichtes Filter gegangen sind. Nach 10 Tagen war der Tumor so zurückgegangen, dass er kaum noch zu erkennen war, nach einer 3 Wochen später gegebenen zweiten Dosis war er verschwunden.

Brindel (Bordeaux): Ein mit Röntgenbestrahlung behandelter und mindestens dem Anscheine nach geheilter Fall von Hirntumor.

Die Diagnose lautete auf ein von der Rolandschen Zone bis zum Fuss der ersten Schläfenwindung reichendes Gliasarkom. Behandlung mit Röntgenstrahlen in 7 Sitzungen. Nach der ersten Sitzung vorübergehendes und ausgesprochenes Zurückgehen aller Symptome während 48 Stunden, dann progressive Besserung. Nach $3^1/_2$ Monaten scheint Pat. geheilt; er hat 8 kg zugenommen und seine körperlichen und geistigen Kräfte wiedergewonnen.

Constantin und Dupeyrac: Karzinom des harten und weichen Gaumens durch eine Radiumapplikation geheilt.

62jähr. Mann mit inoperablem Gaumenkrebs. Es wurden am Gaumen 50 mg Radiumbromid fixiert, das in einer Platintube von 0,5 mm und in einer Silbertube von 1 mm Dicke enthalten und in einem Kautschukfilter von 1 mm eingeschlossen war. Dauer der Applikation 24 Stunden. Nach 35 Tagen war keine Spur der Neubildung sicht- oder fühlbar; es ist kein Rezidiv aufgetreten.

Collet (Lyon): Radium und Oesophaguskrebs.

C. hat Radium in 2 Fällen von vorgeschrittenem Oesophaguskrebs angewandt mit hochgradiger Stenose und Rekurrenslähmung. Das Radium wurde ohne vorherige Gastrotomie unter Kontrolle des Oesophagoskops appliziert. In beiden Fällen schwanden die vorher reichlich vorhandenen granulierenden Geschwulstmassen; in dem einen Fall verloren sie ihren hämorrhagischen Charakter,

in dem anderen machten sie einer Stenose mit Radiärfaltung Platz, die leicht dilatiert werden konnte, so dass die Dysphagie sich erheblich besserte.

H. Caboche (Paris): Radiographie und Zahnzysten; multiple paradentale Zysten.

In dem mitgeteilten Falle war der Patient Träger von drei grossen Zysten, die je am rechten und linken Oberkiefer und am Unterkiefer ihren Sitz hatten. Die beiden ersteren wurden klinisch diagnostiziert, die dritte durch die Radiographie entdeckt. C. empfiehlt die systematische Röntgenuntersuchung auch der Unterkiefer; denn hier können grosse Zysten ihren Sitz haben, die klinisch latent bleiben, weil sie in ihrer Ausdehnung lange Zeit, durch den Widerstand der Knochenwände behindert, sich nur in der Längsrichtung des Knochens entwickeln. Die Seltenheit dieser Zysten dürfte nur eine scheinbare sein.

Lemaitre: Orbito-okuläre Komplikationen der Nebenhöhlen. (Referat.)

Ref. gibt der Bezeichnung Sinusitis einen eng umschriebenen Begriff, indem er die Mukozelen davon ausschliesst, dagegen fasst er den Begriff der obito-okulären Komplikationen im weitesten Sinne, indem er darunter auch die von seiten der Adnexe, der Tränenwege, der Augenlider und der Conjunctivae versteht. Er gibt eine Uebersicht über die anatomischen Beziehungen zwischen den Nebenhöhlen und der Orbita mit ihrem Inhalt, gibt dann eine synthetische Beschreibung der orbito-okulären Komplikationen und setzt die Aetiologie, Pathogenese und pathologische Anatomie derselben auseinander und beschreibt die verschiedenen klinischen Formen. Er teilt 26 eigene Beobachtungen mit.

Liébault berichtet über 3 Fälle von Neuroretinitis bei chronischer, unerkannt gebliebener Antrumeiterung; er betont die Notwendigkeit, bei orbito-okulären Erscheinungen systematisch auf eine Kieferhöhlenerkrankung zu fahnden.

Cheval erinnert daran, dass die Periostschwellung im Canalis opticus im Niveau der hinteren Siebbeinzelle oder der Keilbeinhöhle genügt, um eine Drosselung des N. opticus herbeizuführen. Diese Schwellung kann zurückzuführen sein auf eine Osteo-Periostitis. Die bekannte Leichtverletzlichkeit des N. opticus macht einen frühzeitigen Eingriff erforderlich. Meist wird der Ophthalmologe Alarm schlagen; die immer ernste Prognose einer retrobulbären Neuritis wird die Eröffnung der hinteren Siebbeinzellen auch dann rechtfertigen, wenn jedes rhinologische oder röntgenologische Symptom fehlt.

Vacher vertritt den Standpunkt, dass bei den orbitalen, okulären und orbito-okulären Komplikationen in erster Linie man sich an den Rhinologen wenden solle. Eine schnelle Diagnose, besonders der Keilbeinerkrankungen, und ein schnelles Eingreifen führt oft zur Heilung. Nur bei entzündlichen orbito-okulären Komplikationen, die der endonasalen Therapie widerstehen, soll der Ophthalmologe eingreifen. Wenn ein Orbitalabszess sich gebildet hat, soll man sehr tief im inneren unteren Winkel eingehen und gut drainieren, aber ohne Wasserstoffsuperoxyd zu benutzen, welches eine absolute und definitive Erblindung herbeiführen könnte.

Sargnon teilt Beobachtungen mit von Orbitalphlegmonen, veritablen Osteomyelitiden beim Säugling, seltenen und schweren, oft tödlich endenden Fällen, ferner Orbitalphlegmonen nach Stirnhöhlen-Siebbeinerkrankung beim Kinde. Er betont die Bedeutung der Radiographie für die Diagnose der Empyeme. Die orbitookulären Komplikationen kommen hauptsächlich bei Stirnhöhlen-Siebbein-Keilbeineiterungen vor, seltener bei Kieferhöhlenerkrankung. Im Fall von eitrigen Orbitalkomplikationen, die von Stirnhöhle, Siebbein oder Keilbein ausgehen, muss die äussere Operation gemacht werden, die gestattet den Abszess und die erkrankten Höhlen zu drainieren; bei orbito-okulären Komplikationen muss, wenn kosmetische Bedenken mit in Frage kommen, die Operation durch die Fossa canina, andernfalls von aussen unterhalb des unteren Augenlids gemacht werden.

De Stella berichtet den Fall einer Kranken, bei der er auf Rat des Ophthalmologen, der eine schnell fortschreitende Neuritis fürchtete, die Keilbeinhöhle eröffnete. Das Sehvermögen besserte sich erheblich. Die Folge zeigte, dass es sich nicht um ein Keilbeinhöhlenempyem handelte, sondern um einen beginnenden Hypophyistumor.

J. C. Koenig spricht über reflektorische Störungen des Akkommodationsapparates, besonders über reflektorische Lähmungen; er hat einen solchen Fall bei Siebbeineiterung berichtet.

Van den Wildenburg (Antwerpen): Indikationen für die endonasale Eröffnung der Stirnhöhle.

W. berichtet über die Erfahrungen verschiedener Autoren, die diese Operationsmethode bevorzugen und aus denen sich ergibt, dass sie mindestens dieselben Sicherheiten bietet wie die Operation von aussen.

Weismann und Chabert: Verschiedene Störungen unerkannt gebliebenen tonsillären Ursprungs.

Es handelt sich um Fälle von hartnäckigem Husten, Stimmstörungen, Hörstörungen, Parästhesien im Pharynx, die von autorativer Seite ohne Erfolg behandelt waren, da der Ursprung der Erscheinungen verkannt wurde.

Siems (Vichy): Oto-rhino-laryngologische Beobachtungen während 20jähriger Praxis in Vichy.

Häufig sind Magen-Darmstörungen infolge Verschluckens von septischem Material, das aus vereiterten Nebenhöhlen oder der Paukenhöhle stammt. Aerophagie kann bei Neuropathen entstehen durch Hypertrophie der Zungentonsille, indem das Fremdkörpergefühl den Patienten dazu verleitet, fortwährend zu schlucken. Anderseits können die Erkrankungen der Verdauungswege vielgestaltige Affektionen des Pharynx und des Larynxeingangs hervorrufen.

Gault (Dijon): Grosses Osteom der Nasenhöhle auf transmaxillofazialem und palatinalem Wege entfernt.

Das vom Siebbein ausgehende Osteom füllte bei einem 17jährigen jungen Mädchen die ganze linke Nasenhöhle aus; es wurde auf dem transmaxillo-fazialen Wege freigelegt, da es aber auch den Nasenrachenraum einnahm, so konnte es auf jenem Wege nicht entfernt werden, was durch eine grosse Oeffnung im Gaumensegel geschah.

Daulnoy (Cannes): Schädigung durch konzentrierte Thymollösung.

Ein Patient machte sich Nasenspülungen und gurgelte mit einer Lösung von 4 Löffeln Thymol in $^1/_2$ Glas Wasser; 8 Tage lang totale Verstopfung der Nase, Unmöglichkeit Nahrung zu sich zu nehmen, Oedem des Gesichts, Otorrhoe, Eiweiss im Harn. Ernährung per rectum, Spülungen von Nase und Mund mit schwachen antiseptischen Lösungen. Nach einem Monat erhebliche Besserung.

Mossé (Perpignan): Freilegung des Kehlkopfes durch Schnitt mit dem Rasiermesser.

64 jähriges Individuum bringt sich mit dem Rasiermesser einen Schnitt vom Kinn bis Sternum bei, durch den der Larynx freigelegt wird, und durchschneidet mit einem zweiten Schnitt von einem Sternokleido zum andern die Gebilde, an denen der Larynx aufgehängt ist, und durchtrennt die Membrana hyo-thyreoidea. Starke Blutung, die von selbst steht. Er wird nach 24 Stunden in das Hospital eingeliefert. Der Kehlkopf kippt spontan nach vorn heraus; es stellt sich heraus, dass er intakt ist. Die Stimme ist tief und gut artikuliert. Die allgemeine Halsfaszie und die darunter liegenden Muskeln werden an das äussere Ende des M. sterno-thyreoideus angenäht, die Haut durch Nähte vereinigt. Völlige Heilung, gutes funktionelles Resultat.

R. Moreaux (Nancy): Beobachtung eines seltenen Falles von Mischgeschwulst.

Der Tumor nahm seinen Ursprung von der Fossa pterygoidea, hatte die Musculi pterygoidei infiltriert, war in den Pharynx und das Gaumensegel gewachsen.

(Nach La Presse Médicale.) Finder.

---

d) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 11. Juni 1920.

Vorsitzender: Killian.

Bruck demonstriert eine Patientin mit gummöser Erkrankung der Zunge.

26 jährige Frau; erste Krankheitserscheinungen bestanden in einer kleinen rissartigen spaltförmigen Wunde auf dem Rücken und in der Mittellinie der Zunge. Langsame, zunächst indolente, später sehr schmerzhafte Einschmelzung und Vergrösserung des fissurären Ulkus, das tief in die Zungensubstanz eingriff. Ränder und benachbarte Zungenpartien infiltriert, leicht gerötet, zum Teil mit kleinen höckrigen Infiltraten besetzt. Bei der ersten Untersuchung dicht hinter der Zungenspitze beginnendes bis fast zur Mitte reichendes Ulkus; keine Drüsenschwellung, auch sonst keine spezifischen Symptome. Spirochäten im Reizsputum nicht nachweisbar. Wassermann stark positiv. Nach JK rascher Rückgang der Erscheinungen.

Killian: Die tertiäre Lues tritt an der Zunge in zwei Formen auf, in der gummösen und in der chronisch-interstitiellen Glossitis mit Bildung tiefer Furchen

und flacher oberflächlicher Substanzverluste. Dieses Leiden verursacht starke Schmerzen und reagiert wenig auf antisyphilitische Kuren. Am besten wirken 10proz. Höllensteinlösungen. In dem vorgestellten Fall scheint es sich um die gummöse Form gehandelt zu haben.

Blumenthal stellt einen Fall von grosser Oberkieferzyste nach Heilung vor.

Die Zyste hatte eine Vorwölbung in der Fossaa canina und im Gaumen gemacht; Eröffnung von der Fossa canina aus. Der gut pflaumengrosse Zystensack liess sich in toto aus seinem Knochenlager herausschälen. In der hinteren Wand des Zystensackes war eine dünne Schicht von Knochenbildung. Die Knochenwand, durch welche Zyste und Kieferhöhle von einander getrennt waren, wurde durchtrennt und so beide Höhlen vereinigt. Anlegung einer Oeffnung mit Lappenbildung im unteren Nasengang und primärer Verschluss der oralen Wunde wie bei der radikalen Oberkieferhöhlenoperation.

Finder: Die Partschsche Operation eignet sich nur für kleinere Zysten, bei grösseren erzielt man schnellere Heilung, wenn man wie bei der Caldwell-Lucschen Radikaloperation vorgeht. Bei einem ihm kürzlich wegen angeblichen Kieferhöhlenempyems zugesandten Patienten fand er unterhalb der unteren Muschel im unteren Nasengang eine Hervorwölbung, in der sich eine punktförmige Oeffnung befand, aus welcher ständig Eiter hervorquoll. Man kam hier mit einer feinen Sonde in eine grosse Höhle. F. stellte die Diagnose auf vereiterte, in die Nase durchgebrochene Kieferzyste; bei der Operation bestätigte sich die Richtigkeit dieser Diagnose.

Halle hat auch zahlreiche grosse Zysten durch die Partschsche Operation zur Heilung bringen sehen. Bei extrem grossen Zysten hält auch er die Operation nach Caldwell-Luc für angebracht.

Blumenthal demonstriert Präparate eines Falles von multiplen Strumen; es handelte sich um zwei extrathorakal ohne Verbindung mit einander bestehende und zwei intrathorakale Strumen; ferner demonstrierte er Präparate einer malignen Struma, die fest mit der Umgebung verwachsen war, was als Zeichen der Malignität gelten kann.

Kuttner: Verwachsungen bei Strumen sind nicht unbedingt Zeichen der Malignität, da solche auch bei gutartigen Strumen nach therapeutischen Methoden (z. B. Bestrahlungen) vorkommen.

Lautenschläger stellt vor kurzem operierte schwere Ozänafälle vor, bei denen er zur Abkürzung der Heilbehandlung gestielte Schleimhautlappen aus Oberlippe und Wange in die Kieferhöhle verpflanzt hat. Der Wangenlappen enthält den Duktus der Ohrspeicheldrüse, deren Sekret die erweiterte Oberkieferhöhle erfüllt. Der Stiel der Lippenlappen verhütet das völlige Zuwachsen der oralen Kieferhöhlenöffnung und sorgt für eine dauernde Lippenfistel, aus der sich überschüssiges Parotissekret in das Vestibulum oris entleert. Auffallend ist die Wiederkehr des Geruchsvermögens bei sämtlichen Kranken nach Verengerung der Nase und Beseitigung des Fötors.

Durch das ausführlich geschilderte Verfahren ist es möglich, auch bei vorgeschrittener Ozäna den Kranken völlig unabhängig vom Arzte zu machen und alle physiologischen Funktionen der Nase wiederherzustellen, d. h. eine Dauerheilung zu erzielen.

Halle hat den gleichen Erfolg mit der von ihm des öfteren vorgestellten wesentlich einfacheren Methode erzielt.

J. Wolff fragt, ob andere Mitglieder der Gesellschaft die gleichen Erfolge erzielt haben.

Weingärtner hat von den auf der Universitätsklinik nach der alten Lautenschlägerschen Methode operierten Fällen nur einen Teil wiedergesehen: ein Erfolg war in diesen Fällen nicht eingetreten.

Claus war in den letzten beiden nach Lautenschlägers Angaben — freilich ohne Lappenbildung — operierten Fällen zufrieden. Früher von ihm mit Anstrebung von Synechien zwischen Muschel und Septum Operierte haben ihm nicht gefallen, da sich hinter den breiten Synechien nur durch Spülungen zu beseitigende Sekretmassen anhäuften.

Blumenthal hat gesehen, dass sich nach der Verlagerung der lateralen Nasenwand die bis dahin ausserordentlich atrophischen unteren Muscheln entfalteten und die Krustenbildung abnahm; der Ozänageruch verschwand nicht. Er möchte nur von Besserung und nicht von Heilung sprechen. B. fragt Lautenschläger, wie er die atrophischen Zustände an den mittleren Muscheln und den übrigen Nebenhöhlen durch sein Verfahren beeinflusst. Wie soll die hochgradige Atrophie dieser Teile beseitigt werden, wenn Kieferhöhlen und untere Muscheln beeinflusst werden?

Anthon stellt aus der Killianschen Klinik eine 27jährige Patientin mit chronischer Pneumokokken-Diphtherie vor; Pneumokokken wuchsen auf der Blutagarplatte in der Ueberzahl. Die pseudomembranösen, grau-gelblichen, von einem schmalen hyperämischen Hof umsäumten, teils dünneren, teils dickeren und leicht abziehbaren Beläge dehnten sich — nur kleinere Partien freilassend — über die gesunde hintere Rachenwand bis in den Nasenrachen aus, weiter vom linken hinteren Gaumenbogen über den Zungengrund bis in den Kehlkopf einschliesslich des Kehldeckels. Normale Temperatur. Keine Drüsenschwellungen. Pirquet, Wassermann negativ.

Patientin gibt an, seit 2 Jahren halskrank zu sein und auf Tuberkulose behandelt worden zu sein. Die Halsaffektion soll von der linken Tonsille, die darum operativ entfernt wurde, ausgegangen sein. Geklagt wird über Schluckschmerzen und rauhe Stimme.

Finder rät zur Anwendung von Autovakzine.

Sitzung vom 9. Juli 1920.

Vorsitzender: P. Heymann.

Weingärtner empfiehlt 1. anstelle der teueren Platinbrenner solche aus Nickeldraht (Reiniger, Gebbert & Schall, Berlin), die in jeder Beziehung denen aus Platindraht gleich sind und nur den vierten Teil kosten.

2. empfiehlt er zur Untersuchung des Nasenrachenraums den Brüningsschen Vergrösserungsspiegel, bei dessen Anwendung das postrhinoskopische Bild an Grösse und Plastik erheblich zunimmt.

Kuttner demonstriert einen Patienten, welcher die Zunge so hinter den weichen Gaumen bringen kann, dass er den ganzen Nasenrachenraum mit der Zungenspitze abtasten kann. Er hat auf diese Weise selbst die Hyperplasien der hinteren Muschelenden diagnostiziert.

Scheier bemerkt, dass Fälle von abnormer Beweglichkeit der Zunge durchaus nicht so selten sind; es wurden schon mehrfach solche Fälle in dieser Gesellschaft vorgestellt.

Kriegel demonstriert eine merkwürdige Kehlkopfaffektion, ein Ulkus, das eine Emphysembildung aussen am Halse hervorgerufen hat.

Heymann erinnert an einen von ihm hier demonstrierten Fall von Laryngozele, bei dem ebenfalls Luft unter der Haut des Halses vorhanden war, die in Form einer Anschwellung zu Tage trat und sich von aussen zurückdrängen liess.

Kriegel hält seinen Vortrag: „Ueber den Wrisbergschen Knorpel".

Die entwicklungsgeschichtlichen Fragen über den Cartilago cuneiformis, wie er nach der neuen Nomenklatur genannt wird, hat Göppert behandelt (Morphol. Jahrbücher).

Bei den Insektivoren z. B. Maulwurf erscheint der Knorpel als seitlicher Vorsprung des Epiglottisknorpels und hat die Aufgabe, die ary-epiglottischen Falten zu stützen.

Beim Hund ist der Wrisbergsche Knorpel von der Epiglottis völlig abgetrennt, jedoch zeigen Schnitte durch den Kehlkopf von Hundeembryonen, dass vom seitlichen unteren Rande der Epiglottis ein feiner Strang zum vorderen unteren Vorsprung des Wrisbergschen Knorpels zieht. Erst bei den Affen der alten Welt ist die Abtrennung des Wrisbergschen Knorpels von der Epiglottis vollständig vollzogen, er ist unmittelbar seitlich und vor den Aryknorpel gerückt und hat seine ursprüngliche Bestimmung eines Stützorgans der ary-epiglottischen Falten in erheblichem Masse aufgegeben.

Verf. berichtet über das Ergebnis seiner mikroskopischen Untersuchungen, aus denen sich ergibt, dass an der Hinterwand des Larynx ein starkes fibroelastisches Netzwerk vorhanden ist, dem der Wrisbergsche Knorpel als Nebenpfeiler eine besondere Wandverstärkung gibt. Der Wrisbergsche Knorpel ist elastischer, vielfach aber fibro-elastischer Natur, so dass man ihn wohl als Faserknorpel bezeichnen kann. Seine ursprüngliche Bedeutung als Stützorgan der ary-epiglottischen Falten hat er in der absteigenden Tierreihe zweifellos in erheblichem Masse eingebüsst.

Sitzung vom 5. November 1920.

Vorsitzender: P. Heymann.

Ernst Barth demonstriert einen Fall von gleichzeitiger Lähmung des linken N. vagus, N. hypoglossus und N. sympathicus.

57jähriger Patient, der vor etwa 10 Wochen plötzlich einsetzende Veränderung der Stimme bemerkte, Schluckbeschwerden, Regurgitieren der flüssigen Nahrung

durch die Nase. Befund: linke Stimmlippe abduziert, von der Taschenlippe überdeckt; rechte Stimmlippe überschreitet nur wenig die Mittellinie, Stimme tonlos. bei Anstrengung schnarrend, Sprache flüsternd unter deutlicher Luftverschwendung. Die Zungenspitze weicht nach links ab, linke Zungenhälfte erscheint etwas atrophisch, Uvula zeigt nach links, keine Sensibilitäts- und keine Geschmacksstörung. linke Velumhälfte bleibt bei Bewegungen deutlich zurück, ebenso der linke Constrictor pharyngis. Ptosis des linken Auges, Miosis, Exophthalmus; keine vasotorischen Symptome, Puls andauernd 90—96, regelmässig. Thoraxbefund normal.

Die Lähmungen weisen auf eine Stelle hin, wo Vagus, Hypoglossus, Sympathikus dicht zusammen liegen, das ist oben an der Wirbelsäule unter der Basis cranii. Der N. accessorius ist frei geblieben. Röntgenbild zeigt keine Veränderungen; Wassermann stark positiv. Eine vor kurzem begonnene Jodkali- und Neosalvarsankur scheint zu wirken. Die Stimme ist jetzt tönend. Auf der linken Taschenlippe eine Ulzeration, so dass die anfangs vermutete Schwellung wohl als gummöse, jetzt zerfallende Bildung aufzufassen ist.

Minnigerode berichtet über Halsbefunde bei Leukämie.

62 jähr. Mann mit lymphatischer Leukämie und starker Arteriosklerose. Starke Vergrösserung der Gaumentonsillen und eine eigentümliche tiefblaugraue Verfärbung derselben, sie waren stark zerklüftet; einzelne Stellen der Tonsillen waren, vermutlich infolge submuköser Blutungen, dunkler gefärbt. Gaumensegel und -bögen waren etwas ödematös und in ihren Bewegungen starr, so dass der Abschluss des Nasenrachens wie das Erschlaffen des Gaumensegels rein mechanisch behindert war. Die Sprache hatte den Charakter der Rhinolalia aperta. Als man möglichst vorsichtig das Gaumensegel mit dem Kuboschen Haken zum Zwecke der Untersuchung des Nasenrachenraums nach vorne zog, hatte dies eine submuköse Blutung in der Gegend des Zäpfchens zur Folge. Rachentonsille war geschwollen, blau gefärbt. Rachenschleimhaut und Zahnfleisch gerötet; Kehlkopfschleimhaut leicht ikterisch verfärbt, kein Oedem. Auffallend starker fötider Mundgeruch. Am nächsten Tage waren die Tonsillen noch tiefer blau, ihre Schleimhaut hatte ein glasiges Aussehen; am dritten Tage waren sie schmutziggrau verfärbt und erweckte den Eindruck eines feinen nekrotischen Belags.

Wegen eines am Unterarm befindlichen Abszesses wurde Pat. auf die chirurgische Klinik verlegt; als er dort im Chloräthylrausch operiert werden sollte, trat Asphyxie ein und trotz Tracheotomie Exitus letalis.

Obduktion ergab geringes Oedem von Kehldeckel, aryepiglottischen Falten und Stimmlippen. Mikroskopische Untersuchung ergab lymphozytäre Infiltration sämtlicher lymphatischen Gebilde, so auch der Gaumentonsillen, bei denen die Infiltration sogar in die benachbarte Muskulatur ging; ausserdem zeigten sie oberflächliche Nekrosen und Entzündungsherde.

In diesem Falle hatten zuerst die Halsbeschwerden den Patienten zum Arzt gebracht. Die exakte Blutuntersuchung brachte die Diagnose, indem unter 100 Leukozyten sich 89 pCt. Lymphozyten fanden. Pat. ist — wie der Obduktionsbefund ergab — nicht an Larynxödem zugrunde gegangen; wahrscheinlich war das Herz so in Mitleidenschaft gezogen, dass der Tod an Herzschwäche erfolgte.

Redner bespricht dann die bei Leukämie beobachteten Erscheinungen seitens des Rachens; diese bestehen in Blutungen der Schleimhäute und zweitens in lymphozytärer Infiltration, wobei das Gewebe der Lymphfollikel völlig durch massenhaft eintretende Lymphozyten ersetzt wird. Die gesteigerte Gewebsspannung und kleine Traumen schaffen die Vorbedingung für eine bakterielle Infektion, die entweder lokal begrenzt als mehr oder minder tiefe Ulzeration auftritt oder zu einer Bakteriämie und allgemeinen Sepsis führt; in solchen Fällen fand man nicht selten bei Leukämikern Staphylo- oder Streptokokken im Blut.

Finder erinnert an einen Fall von grossem nekrotisierendem Geschwür der linken Tonsille bei einem Leukämiker, das er während seiner Assistentenzeit auf der Charité beobachtet hat. Es kam infolge Arrosion eines grossen Gefässes zu einer foudroyanten Blutung, an der Pat. zugrunde ging.

Scheier: Ueber einseitige genuine Ozäna.

Vorstellung eines Falles, eine 33 jähr. Patientin betreffend. Seit 10 Jahren Borkenbildung in der Nase; äussere Nase abgeplattet, breit. Rechte Nase weit, Schleimhaut atrophisch, mit übelriechenden Borken bedeckt. Septum etwas nach links verbogen; linke Nasenhöhle sehr eng, untere Nasenmuschel an einzelnen Stellen hypertrophisch. Schleimhaut des Rachens atrophisch, mit trockenem Sekret bedeckt; solches findet sich auch in Larynx und Trachea. Nebenhöhlen ohne Befund. Wassermann negativ.

S. hat bemerkt, dass nach dem Kriege Ozänafälle häufiger sind als vorher.

Anthon berichtet 1. über das Ergebnis der genaueren Untersuchung und der Behandlung bei der in der letzten Sitzung vorgestellten Patientin mit chronischer Pneumokokkendiphtherie des Rachens und Kehlkopfes.

Die genauere Untersuchung ergab, dass die Pneumokokken, die übrigens nicht besonders virulent waren, vergesellschaftet waren mit Streptococcus viridans und dass die Pseudomembranen einem durch Lupus mehr oder weniger veränderten Gewebe aufsassen; die pseudomembranöse Entzündung hatte sich jedoch über die Grenzen des Lupus hinaus ausgedehnt. Vortragender vertritt die Auffassung, dass die eigenartige Entzündung an zwei Faktoren gebunden war, an ein durch den Tuberkelbazillus bzw. dessen Toxine chronisch geschädigtes Gewebe und an einen von den oben erwähnten Bakterien auf die Oberfläche des lupösen Gewebes ausgeübten Reiz.

Kombinierte Optochin-Arsentherapie (Optochin in $^1/_2$ proz. Lösung in Form des Rachen-Kehlkopfsprays) hatte den Erfolg, dass die Pseudomembranen innerhalb weniger Wochen bis auf unbedeutende Reste verschwanden.

2. Ein Fall von schwerer und eigenartiger Form einseitiger chronischer Nasen- und Kieferhöhlendiphtherie.

Pat. leidet zurzeit noch an postdiphtherischen Lähmungen. Die untere Muschel, ein Teil der mittleren Muschel, sowie eine grössere Schleimhautpartie des Siebbeinlabyrinths der linken Seite wurden durch den Krankheitsprozess zerstört, die untere Muschel als Weichteil-Knochen-Sequester in toto ausgestossen. Viel-

fache Organ- und Nervenschädigungen (akute infektiöse Myokarditis, Nephritis, Parese und Ataxie der Extremitäten, Gaumensegel- und Fazialisparese, Akkommodationsstörungen) hatten sich vorher eingestellt. Die pseudomembranöse Entzündung unterschied sich von dem sonst gewohnten Bilde dadurch, dass die Pseudomembranen als grünlich-weisse, ziemlich dicke, derbe elastische Häute imponierten. Sie hingen ausserdem wie Kulissen in dichtgedrängter Folge von den Muscheln und von der Siebbeinregion herunter und liessen sich leicht und ohne Bluten zu verursachen, entfernen. Diphtheriebazillen wurden sowohl in der Nasenhöhle als auch in der Kieferhöhle nachgewiesen. Daneben fand sich der Staphylococcus aureus und der Friedländersche Pneumoniebazillus. Die Kieferhöhle war anscheinend sehr lebhaft an der diphtherischen Erkrankung mitbeteiligt, da zu Anfang erhebliche Schwellung des Gesichts entsprechend der Kieferhöhlenregion bestand und die Röntgenaufnahme eine intensive Verschleierung der Kieferhöhle zeigte. Die Therapie bestand in Injektion von Diphtherieserum, in Spülungen der Nase und Kieferhöhle mit $^{3}/_{4}$ proz. Eukupinlösung im Wechsel mit Wasserstoffsuperoxydverdünnung, sowie in fleissiger Anwendung des Kopflichtbades. Natürlich wurden auch die Organ- und Nervenschädigungen sachgemäss behandelt. Der diphtherische Prozess der Nase hat sich auf über vier Monate erstreckt. Der Beginn der Erkrankung liegt etwa fünf Monate zurück. Gutzmann.

III. Briefkasten.

Der Vorstand der Gesellschaft Deutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte bittet uns um Veröffentlichung folgender

Erklärung.

Entgegen dem in Boston gefassten Beschluss hat das „Internationale Komitee" für den Otologenkongress Paris als Versammlungsort gewählt, ohne den berufenen deutschen Vertreter davon zu benachrichtigen.

Der Vorstand der Gesellschaft Deutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte hält sich für verpflichtet, diese neuerliche Vergewaltigung der deutschen Wissenschaft zur allgemeinen Kenntnis zu bringen.

Deutsche Forscher waren es, die die Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde begründet und ausgebaut haben. Sie waren auch auf den internationalen Kongressen hauptsächlich die Gebenden. Ihre wissenschaftliche Tätigkeit ist trotz aller Entbehrungen, trotz kaum überwindlicher Schwierigkeiten ungebrochen, dies zeigte der glänzende Verlauf der Versammlung der Gesellschaft Deutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte in Nürnberg, Pfingsten 1921, an der zahlreiche Neutrale teilnahmen.

Wir Deutschen Hals-, Nasen- und Ohrenärzte können warten, bis, wie Japan, auch die übrigen feindlichen Länder eingesehen haben, dass sie durch den Ausschluss der Deutschen Wissenschaft selbst am meisten verlieren und bis sie uns wieder suchen.

Im Namen des Vorstandes der Gesellschaft Deutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.

gez.: Passe. 1. Vorsitzender. gez.: Kahler, Schriftführer.
gez.: Zarniko, Schatzmeister.

Hermann Krause †.

Am 8. August verstarb im 73. Lebensjahr an einem Herzschlag Prof. Dr. Hermann Krause. Er hatte seine spezialistische Ausbildung in Wien unter Schrötter, Stoerk und Chiari erhalten, liess sich in Berlin nieder und wurde dort zur Habilitation zugelassen. Gleichzeitig arbeitete er sehr fleissig bei Munk in dem physiologischen Institut der Tierärztlichen Hochschule; die dort angestellten Versuche bildeten die Grundlage für seine späteren Veröffentlichungen über die Beziehungen der Grossbirnrinde zum Kehlkopf und über die Adduktorenkontraktur. Ueber das Ergebnis seiner „Experimentellen Untersuchungen über Kontrakturen der Stimmbandmuskeln“ berichtete er zuerst auf dem Achten Internationalen Medizinischen Kongress in Kopenhagen 1884. In einer Reihe weiterer Veröffentlichungen verteidigte Krause seine Anschauung, dass die Medianstellung der Stimmlippe bei organischen progressiven Läsionen der motorischen Kehlkopfnerven nicht als eine primäre Postikuslähmung, später gefolgt von Antagonistenkontraktur, aufzufassen sei, sondern vielmehr als eine primäre neuropathische Kontraktur sämtlicher vom Rekurrens versorgten Muskeln mit Ueberwiegen der Verengerer, dass es sich also nicht, wie bis dahin angenommen, um eine primäre Lähmung, sondern um einen Reizzustand handele. Diese Anschauung brachte Krause in einen Gegensatz zu den meisten Forschern, die sich mit der einschlägigen Frage beschäftigt hatten, vor allem mit B. Fränkel, Semon, Rosenbach, Burger. Am deutlichsten kam dieser Gegensatz zum Ausdruck und am heftigsten platzten die Meinungen aufeinander auf der Deutschen Naturforscherversammlung in Berlin 1886 im Anschluss an Semons Vortrag „Abduktorparalyse, nicht Adduktorenkontraktur“. Später hat Krause die damals vertretene Anschauung modifiziert; auf Grund von Versuchen, die er in Gemeinschaft mit Burkart angestellt hatte, war er zu der Ueberzeugung gelangt, dass der N. recurrens auch zentripetale Fasern führe, und glaubte nun annehmen zu dürfen, dass die Medianstellung der Stimmlippe bedingt sei durch eine von diesen Fasern vermittelte Reflexkontraktur. Er ist aber mit dieser Anschauung ziemlich isoliert geblieben.

Während Krauses Interpretationen der Medianstellung der Stimmlippe bei Rekurrensschädigung mannigfachen und lebhaften Widerspruch hervorriefen, sind seine Untersuchungen über die Beziehungen der Grosshirnrinde zu Kehlkopf und Rachen (Arch. f. Anat. u. Phys., 1884) von den meisten Nachuntersuchern bestätigt worden; seine Feststellung, dass bei Hunden im Gyrus praecruciatus ein Feld vorhanden ist, durch dessen Reizung stets eine doppelseitige Annäherung der Stimmlippen im Sinne einer Phonation erfolgt, gehört zu den bisher unwiderlegten Tatsachen der experimentellen Hirnphysiologie.

Ein grosses Verdienst Krauses ist es ferner, in die Therapie der Kehlkopftuberkulose die Milchsäure eingeführt zu haben (1885), ein Mittel, das trotz aller Wandlungen der Anschauungen und therapeutischen Neigungen sich in der Wertschätzung der Aerzte bis heute seinen Platz behauptet hat.

Von sonstigen wissenschaftlichen Arbeiten Krauses sind zu nennen seine Beobachtungen über funktionelle Kehlkopfstörungen bei Erkrankungen des Zentralnervensystems (1886), ferner eine Studie über die Früherscheinungen von Lupus und Tuberkulose des Rachens, ferner experimentelle Untersuchungen über den Trigeminus und über die nasalen Reflexneurosen. Von dem von ihm angegebenen Instrumenten sind ein Polypenschnürer und eine Kehlkopfkürette noch heute viel im Gebrauch.

Unvergessen ist die Rolle, die Krause in der Krankheitstragödie des Kronprinzen Friedrich Wilhelm, späteren Kaiser Friedrich, als einer seiner behandelnden Aerzte gespielt hat. Als im November 1887 nach Uebersiedlung des Kronprinzen nach San Remo Sir Morell Mackenzie es in Anbetracht der sich immer bedrohlicher gestaltenden Situation für geraten hielt, noch einen führenden deutschen Laryngologen dorthin kommen zu lassen, fiel seine Wahl auf Hermann Krause; von seinen in Betracht kommenden deutschen Kollegen war er der einzige, der vor Mackenzies Augen Gnade fand.

Im Jahre 1895 legte Krause infolge von Differenzen mit der Fakultät seine Dozentenstelle in Berlin nieder und siedelte nach der Riviera über. Seine wissenschaftliche Laufbahn, die unter so glänzenden Auspizien begonnen hatte und deren Anfänge so viel versprachen, konnte schon vorher als abgeschlossen betrachtet werden. Die letzten Jahre seines Lebens verbrachte er wieder in Berlin als ein stiller und müder Mann. Finder.

J. Walker Downie †.

Am 2. Juli starb der bekannte Glasgower Oto-Laryngologe James Walker Downie. Er war Dozent für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten an der Universität Glasgow und Leiter des Departements für Hals-Nasen-Ohrenkranke am Kinderhospital, er war früher Vorsitzender der Scotish Otological and Laryngological Society und Vizepräsident der British Laryngological Association. Er hat ein klinisches Handbuch der Halskrankheiten verfasst, das in mehreren Auflagen erschienen ist, und zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten und kasuistische Beiträge geliefert.

Dr. Rudolf Steiner †.

Am 13. Juli starb in Prag der Laryngologe Dr. Rudolf Steiner.

Steiner war der letzte Schüler E. Zaufals und wirkte dann als Assistent am Laryngologischen Universitätsinstitute in Prag. Den Lesern dieses Zentralblattes wird Steiner als Referent für tschechische Literatur, welche Funktion er bis 1919 versah, in Erinnerung sein.

Von seinen wissenschaftlichen Arbeiten sind besonders die über den Zusammenhang von Papillom und Tuberkulose im Larynx, sowie die über Indikationsstellung und Technik der Tonsillektomie bekannt geworden. Seinen letzten Vortrag hielt er im Vereine deutscher Laryngologen in Kiel: Ueber chronische Adenoitis.

Steiner war einer der beschäftigtesten und in Kollegenkreisen geschätztesten Fachvertreter Prags, dessen früher Tod im Interesse unseres Faches sehr zu bedauern ist. R. Imhofer.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVII. September 1921. No. 9.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

herausgegeben
von
GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXVII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1921) 25 Mark.

Berlin 1921.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVII. Berlin, September. 1921. No. 9.

I. Referate.

a) Allgemeines; obere Luftwege.

1) **Otto Kahler** (Freiburg i. B.). **Rhino-laryngologische Erfahrungen aus der Grippeepidemie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Febr. 1921.*

Akuter Schnupfen wurde selten beobachtet, Epistaxis fand sich namentlich bei den schweren toxischen Formen. Verhältnismässig häufig fanden sich Eiterungen der Nebenhöhlen, erkenntlich bei der Durchleuchtung, mit Schleim, seltener mit Blutkoagula im Spülwasser. Charakteristische Grippeveränderungen in Mundhöhle und Rachen konnten nicht nachgewiesen werden. Wie andere Autoren so beobachtete auch Kahler häufig Bläschenbildung am weichen Gaumen, es findet sich aber dieser auf Hypersekretion („Schwitzen") der Schleimdrüsen zurückzuführende Vorgang auch im Verlauf anderer fieberhafter Erkrankungen. Auch die an den Stimmbändern beobachteten Geschwüre stellen keine spezifischen Erscheinungen der Grippe dar, sah sie doch Verf. auch bei Variola und Gelbkreuzgasvergiftungen. Ihr Sitz zwischem vorderem und mittlerem Drittel entspricht der am stärksten beanspruchten Stelle des Stimmbandes. Von schweren Veränderungen wurden konstatiert Perichondritiden und vor allem eitrig membranöse Entzündungen der Trachea. SCHLITTLER.

2) **Hermann Sternberg** (Wien). **Ein diagnostisch schwieriger Fall von infiltrierendem Lymphosarkom der oberen Luftwege.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Jan. 1921.*

Es handelt sich um ein durch aggressives Wachstum ausgezeichnetes und zum Teil ulzeriertes und sekundär infiziertes Lymphosarkom, das $2^1/_2$ Jahre vor dem Tode des 53jährigen Patienten am Unterkiefer begonnen und zu ausgedehnten Ulzerationen in Mundhöhle und Rachen bis auf die Wirbelsäule geführt hatte.

SCHLITTLER.

3) **Oskar Hirsch** (Wien). **Vorrichtung zur Dauerbestrahlung mit Radium bei Geschwülsten der oberen Luft- und Speisewege.** *Arch. f. Lar. Bd. 34. H. 1.*

Die Radiumbestrahlung wird wegen der schlechten Operationserfolge oft angewandt. Erschwert ist die Fixierung des Radiums durch Schluckbewegungen,

andererseits durch die Notwendigkeit langer Bestrahlung, so dass es dem Patienten unmöglich ist, den Radiumträger selbst zu halten. Verf. konstruierte seinen Apparat gemeinsam mit Prof. Klein, als er einen Fall von Hypophysentumor zu bestrahlen hatte. Durch die vorausgegangene Schloffersche Operation waren die Gebilde der Nase fast ganz entfernt, so dass keine Möglichkeit der Fixierung gegeben war. — Der Apparat ist einer Zahnprothese ähnlich, wird auf die obere Zahnreihe aufgesetzt. Daran angebracht ist ein aus dem Munde herausragender Stab, versehen mit einer seitwärts drehbaren Klemme. Der Radiumträger wird an die Hypophyse angelegt, ein daran angebrachter Kupferdraht so gebogen, dass er in die Klemme hineinpasst. Gute Fixierung war so stundenlang möglich. Gleiche Vorrichtungen verwendete Verf. bei inoperablen Tumoren des Rachens, Nasenrachens, der Tonsille und des Sinus piriformis mit entsprechend abgeänderter Konstruktion. Beschreibung dreier Fälle, von denen zwei gute Erfolge zeigten, während der dritte infolge jahrelangen Bestehens der Geschwulst und mangelhafter Ernährung ad exitum kam.

BRADT.

4) **Bruns. Ueber trockene Inhalation.** Med. Ges. zu Göttingen, Sitzung vom 27. Nov. 1919. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 2. S. 45. 1920.*

Im demonstrierten Apparat werden die zu inhalierenden Salze im Platintiegel verflüssigt und durch einen kleinen Elektromotor transportiert. Inhaliert werden auf diese Weise Kristalle von 3—6 μ. Es ist zu unterscheiden Inhalation zur Lokal- und Allgemeinwirkung. Erwünscht ist starke Konzentration des Inhalationsmittels und Verlangsamung der sehr schnellen Resorption durch Trachea und Lunge. Bezüglich letzterer ist die trockene Inhalation der feuchten (Spiess-Drägerscher Apparat) ein wenig überlegen. Sie lässt sich noch weiter verlangsamen durch vorherige Inhalation von Adrenalin-Glyzerin. Bei der trockenen wie bei der feuchten Inhalation ist die Dosierung vorläufig schwierig.

R. HOFFMANN.

5) **Kulenkampff** (Zwickau). **Die Technik der örtlichen Betäubung bei Halsoperationen.** *Zentralbl. f. Chir. Nr. 35. 1921.*

Mit Rücksicht auf Unfälle, die verschiedenen Autoren bei der paravertebralen Anästhesierung zustiessen, befürwortet K. die paravertebrale Anästhesie nicht nur am Rücken, sondern auch an der Halswirbelsäule ganz aufzugeben, wobei zu bemerken ist, dass die Braunsche Anästhesierung der Nervi splanchnici keine paravertebrale, sondern eine praevertebrale ist, bei der K. (im Krankenstift Zwickau) bei rund 200 Fällen keine Nebenwirkungen beobachtet hat.

K. legt 4 Quaddeln an, 1 und 2 an die Mitte des Hinterrandes des Kopfnickers meist etwa da, wo die Vena jugul. ext. denselben kreuzt. Quaddel 3 und 4 variieren etwas in ihrer Lage, je nach Entwicklung des Oberpols der Schilddrüse, im allgemeinen reichlich 1 cm seitlich und 1 cm unterhalb des seitlichen Randes des Zungenbeinkörpers. Senkrecht unter Quaddel 1 und 2 etwa 2 cm nach aufwärts und ebensoviel nach abwärts werden auf jeder Seite 30 ccm $^1/_2$ proz. Novokain-Suprareninlösung verteilt. Bei Quaddel 3 und 4 sticht man in die Tiefe, bis man in den Bindegewebsraum kommt, der die Art. thyr. sup. umgibt, hier injiziert man je 10 ccm. — Die Anästhesien waren stets tadellos.

DREYFUSS.

6) **Braun** (Zwickau). **Die Grenzen der örtlichen Betäubung.** Verhdl. d. 45. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. *Arch. f. klin. Chir. Bd. 116. S. 185. 1921.*

Die Ausführungen Brauns, der bekannten Autorität auf dem Gebiet der örtlichen Betäubung, sind äusserst lesenswert.

Von speziellem Interesse ist, was B. über die Anästhesierung des Halses sagt; Laryngotomie, Laryngektomie, Oesophagotomie und Divertikeloperationen sind ausschliesslich mit lokaler Betäubung auszuführen. Eine einzige Injektion auf jeder Seite des Halses auf den Querfortsatz des 3. Halswirbels macht das ganze vordere Halsdreieck mit allen darin liegenden Organen unempfindlich.

DREYFUSS.

b) Nase und Nasenrachenraum.

7) **Eitner** (Wien). **Ueber Nasenverkleinerungsplastik.** *Med. Klinik. Nr. 30. 1921.*

Angabe einer neuen Operationsmethode, die sich für jene Fälle eignet, die nebst einer Konvexitätskorrektur eine Verkürzung der Nasenlänge oder auch nur diese allein erfordern. Diese Methode vermeidet die Einheilung einer Einlage, für welche E. (s. Zbl. 1915. S. 336) Elfenbeinplättchen verwendete. SEIFERT.

8) **J. F. S. Esser** (Berlin). **Nasenplastik ohne Hautschnitt.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 164. S. 211. 1921.*

Die Plastik kommt hauptsächlich in Betracht bei Sattelnasen, die durch Vernarbung derart fixiert und eingesunken sind, dass nicht ohne weiteres durch Einführung von Skeletteilen abgeholfen werden kann. Auch ausgiebigere Verunstaltungen nach Lupus, Lues, Schussverletzung kommen in Frage, wenn sie nur wenigstens eine breite Hautbrücke von der einen Wange zur andern zeigen.

Das Verfahren besteht darin, dass vom Munde aus vor den Schneide- und Eckzähnen zu dem Naseninnern Zugang geschaffen wird; das eventuell noch vorhandene Nasenseptum wird mit starker Schere durchtrennt, auch die Wangen von der Unterlage gelöst und das ganze mittelst Langenbeck-Hakens aufgehoben. Dann wird mittelst zahnärztlicher Abdruckmasse vom Munde aus ein Abdruck der ganzen Höhle genommen und dieser Abdruck nach Erhärten entfernt. Dieses Modell wird mit einem einzigen, sehr grossen dünnen Hautlappen nach Thiersch (Wundfläche nach aussen) umwickelt, der von der Vorder-Innenseite des Oberschenkels genommen wird. Diese Prothese wird wieder eingeführt und durch Metallnähte, die durch die Seiten der Oberlippe gehen, fixiert. Nach einer Woche werden die Nähte und das Modell entfernt. Die Thierschhaut ist mit der Wunde mit Ausnahme der offenen Nasen-Mundwunde verheilt Es wird noch einige Tage mit Gaze austamponiert. An Stelle des Tampons tritt dann ein provisorischer Nasenstützapparat, der an einer Kopfkappe aus Gipsbinden befestigt ist.

Nach 1—2 Monaten wird eine dauernde Stütze aus Skeletteilen oder eine künstliche, die an einer Zahnprothese befestigt ist, angebracht. Eine Reihe von photographischen Illustrationen sind beigegeben. DREYFUSS.

9) **Julius Veis** (Frankfurt a. M.). **Eine neue Methode zur Operation des Tränensackes von der Nase aus.** *Arch. f. Laryng. Bd. 34. H. 1.*

Verf. bespricht kurz die bisher üblichen Operationsmethoden, schildert dann

seine eigene, die er zum ersten Male nach Nichtgelingen der „Westschen Operation" ausführte. Unter Lokalanästhesie im Innern der Nase oberhalb der Nasenflügelfurche $^3/_4$ cm lange Querinzision auf den knöchernen Rand der Apertura piriformis zu. Ausmeisselung einer $^1/_2$ cm breiten Knochenspange bis zur Tränengrube, die unter Leitung des Fingers von aussen mit Péan- oder Grünwaldzange herausgedreht wird; ebenso wird der Tränensack gefasst und exstirpiert, mit oder auch ohne Leitung des Auges, da keine Nebenverletzung zu befürchten. 1 bis 2 Tage leichte Tamponade. Nachbehandlung ausser eventueller Beseitigung von Granulationen nicht nötig. Gutes Resultat in den 6 operierten Fällen, Tränen bzw. Tränensackeiterung verschwanden. Verf. empfiehlt seine Methode vor allem bei Schwierigkeiten bei der Westschen Operation (Enge der Nase oder starke Blutungen), aber auch sonst wegen der Einfachheit der Technik. BRADT.

10) **Oskar Hirsch** (Wien). **Ueber Radiumbehandlung der Hypophysentumoren.** *Arch. f. Laryng. Bd. 34. H. 1.*

Verf. ging zuerst sehr vorsichtig vor, in der Annahme, dass die den Sarkomen histologisch-ähnlichen Hypophysentumoren auch leicht auf Radium reagieren würden, hatte aber mit geringen Dosen (5 bzw. 8 mg Radium-Bromid) und kurzer Bestrahlungsdauer ($^3/_4$—1 Stunde in Abständen von wenigen Tagen bzw. 2 Stunden in Pausen von 3 Tagen $3^1/_2$ Monate hindurch) keine Erfolge. Verf. bestrahlte daher schliesslich mit 20 mg Radiummetall in einem Messingfilter von 1 mm unter allmählicher Erhöhung der Dauer von 6 auf 12 Stunden. Es handelt sich um 5 Patienten mit durch Operation festgestelltem inoperablen Hypophysentumor, die nach Heilung der Operationswunde bestrahlt wurden. Es zeigten sich keine Erfolge, aber auch keine Schädigung bei der erwähnten Dosis. Es folgt Bericht über mehrere Fälle von Hypophysentumoren mit Sehstörungen und akromegalischen Symptomen, von denen ein Teil operiert war, mit längerer Zeit anhaltender Besserung. Die Radiumbehandlung brachte Besserung teils der Sehstörungen, teils der akromegalischen Symptome, teils war sie ohne Erfolg. In einem Falle, der im Abstande von 5 Wochen 12 bzw. 13 Stunden erfolgreich bestrahlt worden war, trat innerhalb von 6 Wochen Diabetes mellitus auf, dem der Patient im Koma erlag. In einem andern Falle trat 1 Jahr nach Abschluss der Behandlung letale Hämorrhagie ein. Ein dritter, mit Röntgenstrahlen behandelter Patient erblindete nach der 34. Bestrahlung infolge Thrombose des rechten Sinus cavernosus.

Zusammenfassung: Die Radiumbehandlung ist eine wertvolle Ergänzung der operativen Behandlung in jenen Fällen, bei denen es unmöglich ist, den Tumor auch nur zum grössten Teil zu entfernen.

In der Regel ging die operative Freilegung des Hypophysentumors der Radiumbestrahlung voraus, denn es hätte sich um ein zystischen Tumor handeln können, bei dem die Operation von bestem Erfolg ist, die Radiumbestrahlung aber nutzlos gewesen wäre. Nur bei Akromegalie ohne Sehstörungen durfte H. nach dem jetzigen Standpunkt des Wissens mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit ein Adenom der Hypophyse annehmen.

Die Radiumbehandlung begann, wegen Infektionsgefahr, erst nach vollkommener Heilung der Operationsstelle.

Zur Radiumbestrahlung verwendete H. zur Vermeidung von Nebenwirkungen, wenn irgend möglich, flächenhaft strahlende Präparate, die er mit einem $^1/_2$ bis 1 mm dicken Messingfilter umgab und die mit der strahlenden Fläche auf den Tumor aufgelegt wurden.

Zur Lokalisierung der Radiumwirkung trachtete H., den Tumor in breiter Ausdehnung zugänglich zu machen. War eine endonasale Hypophysenoperation voraufgegangen, so wurde durch Abtragung der membranösen Keilbeinwände und Resektion des hinteren Abschnittes des Septums der Tumor leicht zugänglich gemacht. Bei nach Schloffer operierten Fällen war Nachoperation meist nicht mehr notwendig.

Für die genaue Lokalisierung der Bestrahlung hat sich in Fällen, wo die Radiumkapsel keinen Halt mehr finden konnte, der von H. angegebene Apparat sehr gut bewährt.

Die Tumoren reagieren auf Radium ganz verschieden. Nach H.'s Erfahrungen an 28 Fällen gibt es Tumoren, die schon auf eine einzige Bestrahlung mit mittlerer Dosis (20 mg Radiummetall 12 Stunden) rapid reagierten, und andere Fälle, die auf das vielfache derselben Dosis garnicht reagieren. Diese sind in der Mehrzahl. Der Grund dafür mag darin liegen, dass die Tumoren histologisch verschieden sind. Die meisten sind wohl Adenome, doch sind auch diese verschieden, was aus den verschiedenen Krankheitsbildern, die durch sie verursacht werden, hervorgeht. Ausserdem kommen nicht selten Adenokarzinome und Hypophysenganggeschwülste vor. Auch wird der Sitz des Tumors für die Radiumwirkung nicht ohne Einfluss sein. Die Tumoren, die tief in die Keilbeinhöhle hinabreichen, sind der Bestrahlung zugänglicher als diejenigen, welche die Sattelgrube nur schüsselförmig erweitern und vorwiegend in die Gehirnbasis wuchern.

Bei Tumoren, welche sich bei der Operation als inoperable, solide Tumoren erwiesen haben, wird wohl stets am Platze sein, die Radiumstrahlen zu versuchen, doch halte man sich vor Augen, dass sie in den meisten Fällen eine langwierige Behandlung ist, weil nicht nur viele Bestrahlungen notwendig sind, sondern auch, weil zwischen den Bestrahlungen längere Pausen eingeschaltet werden sollen.

Die Reaktion des Tumors äussert sich nicht immer im Rückgang jener Symptome, derentwegen diese Strahlung vorgenommen wurde (z. B. Sehstörungen, Akromegalie), sondern es kann die erste Reaktion sich auch durch Besserung trophischer Störungen und anderer Fernsymptome geltend machen (Herabsetzen der Schweisssekretion, Auftreten der Menses).

Die erwähnten üblen Zufälle mahnen zur Vorsicht. Der erste ist durch eine abnorm leichte Reaktion auf Radium zu erklären, die nach den gemachten Erfahrungen nicht erwartet werden konnte. Der zweite hängt nicht sicher mit der Bestrahlung zusammen.

Die Radiumbestrahlung ist vorläufig eine empirische Behandlung, da es an Direktiven fehlt, welche Radiumdosis für den einzelnen Tumor die wirksame ist, und wann die Radiumbestrahlung enden soll. Man beginne deshalb mit einer schwächeren Dosis und steigere sie in angemessenen Pausen, bis eine Reaktion eintritt. Bestrahlt man — was am häufigsten — bei Sehstörungen, so wird die progrediente Besserung des Sehvermögens am verlässlichsten anzeigen, wie lange

die Bestrahlung fortgesetzt warden soll. Doch muss man auch dabei berücksi-tigen, dass die Sehnerven oft lange Zeit zur Regeneration brauchen, oft auc geschädigt sind, dass eine Regeneration garnicht mehr möglich ist. Dann k durch zu lange fortgesetzte Radiumbestrahlung die Grenze des Zulässigen ü schritten werden.

Nach H.'s Beobachtungen reagieren die Hypophysentumoren mit Ak megalie und Symptomen von Hypersekretion leichter auf Radium, als die Tumo welche bloss Sehstörungen und Zeichen von Hyposekretion bieten.

BRADI

11) **Otto Marburg** und **Egon Ranzi** (Wien). **Zur Klinik und Therapie der Hi tumoren mit besonderer Berücksichtigung der Endresultate.** Aus der I. Univ.-Klinik Wien. *Arch. f. klin. Chir. Bd. 116. S. 96. 1921.*

Die Arbeit bietet sowohl dem Rhinologen (Hypophysengeschwülste) als a dem Otologen (Kleinhirn- und Brückenwinkeltumoren) eine Fülle interessan Beobachtungen. Sie bildet gewissermassen die Fortsetzung der im Jahre 1913 schienenen Publikation von Eiselsberg und Ranzi (Ueber die chirurgische handlung der Hirn- und Rückenmarkstumoren. Arch. f. klin. Chir., Bd. 102) fügt den damals verwerteten 168 Fällen weitere 150 hinzu, wobei die Endresult der 1. Serie, soweit erreichbar, mit denen der 2. Serie verglichen werden. Di Kapitel über Grosshirn-, Kleinhirn- und Kleinhirnbrückenwinkeltumoren überge ich, da sie hauptsächlich von otologischem Interesse sind, und beschränke mi auf den Abschnitt: Hypophysentumoren.

Zu den 16 früher beschriebenen sind von 1914—20 13 neue Fälle hinzug kommen. Während in der 1. Serie noch 4 postoperative Todesfälle an Mening vorkamen, hatten diese 13 Fälle keinen Todesfall an Meningitis zu verzeichne 2 Fälle starben postoperativ an Blutungen. Operiert wurde stets nach Schloff mit der Modifikation Eiselsberg (Arch. f. klin. Chir., Bd. 100). Die unte Muschel wurde stets belassen behufs Vermeidung von Ozäna. Die Autoren s der Ansicht, dass bei extrasellar liegenden Tumoren keine der transsphenoidale Methoden behufs radikaler Entfernung in Betracht kommt. Hier ist ausschlies die intrakranielle Methode der Hypophysenexstirpation am Platz, und zwar v allem der frontale Weg nach Krause und Borchardt, der dem temporalen Horsley überlegen ist.

Hält man den Tumor jedoch nach den klinischen Erfahrungen für nicht e fernbar, dann tritt mit der transsphenoidalen Operation, die hier dann auch eine Palliativoperation ist, die subtemporale Dekompression nach Cushing Konkurrenz. Für rein intrasellar gelegene Tumoren ist der transsphenoidale W die Methode der Wahl.

Sellare Palliativtrepanationen behufs Entlastung bei inoperablen schwülsten verwerfen die Autoren. Sie haben dreimal diese von Schüller em fohlene Methode durchgeführt und alle 3 Fälle an postoperativer Meningitis v loren.

Eine Tabelle gibt die Resultate der 29 operierten Hypophysentumoren.

DREYFUS

Hermann Tschebull. Eine neue Darstellung der Nebenhöhlen. Aus dem entral-Röntgeninst. d. allg. Krankenh. in Innsbruck. *Fortschr. a. d. Gebiet der Röntgenstrahlen. Bd. 28. S. 222. 1921.*

Die Darstellung unterscheidet sich von der Lilienfeldschen durch die erung des Patienten und die Lage des Kopfes auf der Platte. Plattengrösse 24; Lage des Patienten: Bauchlage, die Arme sind im Ellbogen gebeugt, die nde vor der Brust verschränkt. Der Mund ist maximal geöffnet mit Fixierung ch einen Holzspatel. Der Kopf liegt mit Kinn und Nase der Platte derart an, ss die Medianebene des Schädels einen nach beiden Seiten hin offenen Winkel n genau 90° bildet. Die oberen Schneidezähne werden auf die Plattenmitte ngestellt. Fixierung durch Schlitzbinde über dem Scheitel. Platte auf Keilpolster n 30° Keilwinkel. Zentralstrahl tritt am Scheitel ein, verläuft senkrecht zur schebene. Kompressionsblende.

Am besten werden hierbei die Kieferhöhlen dargestellt, da die massivsten eile des Schädels weit aus ihrem Bereich projiziert werden; gut werden auch e Stirnhöhlen getroffen, ebenso die Keilbeinhöhlen, wenn der Mund maximal eöffnet ist und besonders dann, wenn die Schneidezähne der oberen Zahnreihe hlen. Für die Darstellung der Siebbeinzellen eignet sich das Verfahren nicht.

DREYFUSS.

3) Oskar Beck (Wien). **Ueber Empyeme der Nebenhöhlen der Nase und retrobulbäre Neuritis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jan. 1921.*

Um den Zusammenhang zwischen retrobulbärer Neuritis und eitriger Nebenöhlenerkrankung zu prüfen, liess Verf. 91 Fälle von Nebenhöhleneiterung augenrztlich untersuchen. Ausser 16 Pat., bei welchen nur eine Kieferhöhleneiterung orlag, handelte es sich bei allen übrigen um kombinierte Empyeme (59mal war das Siebbein affiziert). Das Resultat war, dass in keinem einzigen Fall ein auf retrobulbäre Neuritis deutender Befund erhoben wurde in dem Sinne, dass ein Zusammenhang zwischen Erkrankung des N. opticus und der Nebenhöhle anzunehmen war.

SCHLITTLER.

14) Lubet-Barbon und Labernadie. **Die mittlere Muschel in ihren Beziehungen zu den entzündlichen Erscheinungen seitens der Nebenhöhlen. (Le cornet moyen dans ses rapports avec les poussées inflammatoires aiguées des sinus.)** *L'Oto-Rhino-Lar. internat. März 1921.*

Verff. erblicken vor allem in der Konfiguration der mittleren Muschel den Grund, warum es häufig im Anschluss an eine akute Rhinitis zu entzündlichen Erscheinungen an den Nebenhöhlen unter Bildung von Schleim oder Eiter kommt. Es empfiehlt sich deshalb auch therapeutisch diesen akuten Antritiden gegenüber die Resektion derjenigen Teile der mittleren Muschel, welche dem Sekretabfluss im Wege stehen. Es empfehlen die Verff. daher das Entfernen einer bestehenden Bulla ethmoidalis, eines vergrösserten vorderen oder hinteren Endes, je nach den lokalen Verhältnissen. (Gegenüber diesem Vorschlage darf wohl bemerkt werden, dass im allgemeinen die Nebenhöhlenentzündung in ihrem akuten Stadium intranasale Eingriffe schlecht erträgt. D. Ref.)

SCHLITTLER.

15) **R. B. Sweet** (Long Beach, Calif.). **Stein in der Kieferhöhle. (Calculus in maxillary sinus.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 28. Mai 1921.*

Patientin klagt über Schmerzen im rechten Auge seit 10 Jahren. Alle Zähne waren gezogen worden, ohne Erleichterung zu schaffen. Röntgenogramm zeigt die rechte Kieferhöhle dunkel, worauf Eröffnung derselben durch die Nase. Fauliger Eiter. Nach 6 Wochen keine Besserung. Eine zweite Röntgenaufnahme zeigte einen Stein in der Kieferhöhle, nach dessen Entfernung rapide Heilung eintrat.

FREUDENTHAL.

16) **Carl Erhard Weiss** (Stuttgart). **Bemerkungen zu dem Aufsatz von Cäsar Hirsch: Luftembolie in die Art. centralis retinae nach Kieferhöhlenspülung.** *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 66. S. 920. 1921.*

Zu der Beobachtung von Hirsch u. Cramer (vgl. Ref. Centralbl. 1920, S. 348) liefert W. eine andere Erklärung, die recht plausibel erscheint. Er glaubt, dass es sich um Gefässkrämpfe handelt, die auf reflektorischen Reizungen des Vagus-Sympathikussystems infolge der Kieferhöhlenspülung beruhen. Die rasche Rückbildung in den Hirschschen Fällen spreche entschieden für diese Annahme.

DREYFUSS.

17) **A. Cange. Die Osteomyelitis der kleinen Keilbeinflügel. (L'ostéomyélite des petites ailes du sphénoide.)** *Archives d'Ophthalmologie. Bd. 38. Nr. 6. Juni 1921.*

Die Erkrankung begann bei einem jungen Mann plötzlich mit Schüttelfrost, begleitet von hohem Fieber und heftigen Kopfschmerzen. In der Tiefe der Orbita bildete sich unter den gewöhnlichen Anzeichen der Orbitalphlegmone eine Eiteransammlung. Nach Inzision und Entleerung des Eiters blieben die Allgemeinerscheinungen bestehen, die lokalen Symptome besserten sich; es blieb eine Fistel zurück. Jetzt traten jedoch meningeale und zerebrale Erscheinungen auf, die bis zum Tode anhielten.

Die Autopsie ergab einen grossen zirkumskripten intrazerebralen Abszess im Schläfenlappen der betreffenden Seite. In der mittleren Partie der kleinen Keilbeinflügel eine Höhle, die drei Sequester enthielt und mittels eines Fistelganges mit der Orbita kommunizierte.

FINDER.

18) **J. P. Schaeffer** (Philadelphia, Pa.). **Der Sinus sphenoidalis und der Stirnlappen. (The sphenoidal sinus and the temporal bone.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 28. Mai 1921.*

In diesem Artikel beabsichtigt Verf. anatomisch nachzuweisen, dass gelegentlich die Ausdehnung der Keilbeinhöhle unterhalb und seitlich des Sinus cavernosus gross genug ist, um mit dem Stirnlappen des Gehirns in Berührung zn kommen. Dieses ist wichtig für manche Abszesse dunklen Ursprungs.

FREUDENTHAL.

19) **E. Sachs** (Wien). **Ueber das familiäre Auftreten der Ozäna.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. April 1921.*

Verf. hat bei 40 Ozänakranken eine systematische Anamnese aufgenommen und diese auch auf die Familienangehörigen ausgedehnt. Dabei ergab sich, dass

bei mehr als einem Drittel der Fälle bei einem oder mehreren Familienmitgliedern Ozäna sich nachweisen liess, fast ausnahmslos die Erkrankung seit Kindheit bestand; auch glaubt Verf. sehr oft eine Uebertragung innerhalb der Familienmitglieder gefunden zu haben. SCHLITTLER.

20) **Ricardo Botey. Ueber die Technik der Abtragung der Nasenrachenfibrome. (Sobra la técnica para la ablación de los fibromas nasofaringeos.)** *Revista Espanola de Laringol., Otolog. y Rinol. Mai/Juni 1921.*

Die beste Methode zur Abtragung der Nasenrachenfibrome ist die Exstirpation durch Torsion per vias naturales; wenn die Torsion vollständig ist, so löst sich der Stiel dabei los. Am besten eignet sich dafür die Escatsche Zange, die Verf. zweckentsprechend modifiziert hat (Abbildung). Um das Eindringen von Blut in die Luftwege zu verhüten, operiere man in Rosescher Lage am chloroformierten Patienten. Kann die Grösse des Tumors und sein Eindringen in die Gesichtshöhlen seine Exstirpation per vias naturales nicht gestatten, so ist der transmaxillo-nasale Weg einzuschlagen. Die Inzision in der Nasenwangenfurche, die den Nasenflügel umgreift, gibt bei grossem Tumor und verhältnismässig enger Nase nicht genügenden Zugang; fügt man einen Horizontalschnitt längs des unteren Randes der Orbita hinzu, so wird das Operationsfeld zwar vergrössert, aber das kosmetische Resultat ist unbefriedigend. Verf. fügt zu dem Nasenwangenschnitt einen vertikalen in der Medianlinie durch die Oberlippe hinzu und bekommt so einen Lappen, der die Vorderwand der Kieferhöhle, die Nasenhöhle und die Innenwand der Orbita freilegt; die Narbe in der Oberlippe wird durch den Schnurrbart verdeckt. FINDER.

21) **L. Stein. Zur Operation der adenoiden Wucherungen.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 9. 1921.*

Verf. zieht dem Ringmesser die Schützsche Zange vor, die im Wesen aus zwei Ringmessern besteht, von denen das eine von vorn nach hinten, das andere zunächst von unten nach oben und dann von hinten nach vorn schneidet. Man bekommt dann das abgetrennte Stück immer im ganzen mit dem Instrument heraus. HANSZEL.

c) Mundrachenhöhle.

22) **Gottlieb** (Wien). **Alveolaratrophie und Alveolarpyorrhoe.** *Med. Klinik. Nr. 31. 1921.*

Das Krankheitsbild der „Alveolarpyorrhoe“ zerfällt in zwei Teile· Die Eitersekretion spielt sich oberhalb des Epithelansatzes am Zahn ab, die Alveolaratrophie natürlich unter demselben. Die Alveolaratrophie muss in eine primäre und sekundäre Komponente zerlegt werden. Durch entsprechende Arsenmedikation ist die Neubildung von Wurzelzement anzuregen und das Fortschreiten der Alveolaratrophie zu hemmen. SEIFERT.

23) **B. Rosenthal** (Wiesbaden). **Alveolarpyorrhoe als Folgeerscheinung von Allgemeinerkrankungen, insbesondere solcher rheumatischer Natur.** *Med. Klinik. Nr. 32. 1921.*

Alveolarpyorrhoe wurde bei den Erkrankungen gefunden, welche die allge-

meine Blutzirkulation und die Ernährung der Gewebe beeinflussen. Ein fast nie fehlendes Initialsymptom der Alveolarpyorrhoe, die Stauungshyperämie, die wohl als Primärerscheinung einer Zirkulationsstörung zum Ausdruck kommt, dient auch pathognomonisch als Hauptbeweis für den Zusammenhang der Alveolarpyorrhoe mit inneren Leiden.

SEIFERT.

24) **Otto Böttner** (Magdeburg). **Das sezernierende Epitheliom (die sog. Mischgeschwulst) der Mundspeicheldrüsen.** *Beitr. z. pathol. Anatomie. Bd. 68. S. 364. 1921.*

Eine etwas weitläufig angelegte Arbeit, die aber einen erschöpfenden Ueberblick über das Gebiet dieser Mischgeschwülste gibt. 18 derartige Tumoren werden klinisch und mikroskopisch beschrieben; hinzu kommen noch 7 Karzinome, die sämtlich rezidivierten und ad exitum führten.

B. tritt für die Einheitlichkeit aller dieser Geschwülste ein und möchte sie als Epitheliome bezeichnen mit allerdings verschiedenen Zwischensubstanzen. Die Herkunft von versprengten fötalen Keimen lehnt B. ab, vielmehr nimmt er an, dass die Geschwulst aus der fertigen Drüse, in der Regel erst mehrere Jahrzehnte nach der Geburt hervorgehe.

DREYFUSS.

25) **Bela Freystadtl** (Budapest). **Zur Kasuistik der gutartigen Geschwülste des Mundrachenraums.** *Arch. f. Laryng. Bd. 34. H. 1.*

I. Beschreibung eines Papilloms der hinteren Rachenwand bei einem 26jähr. Manne; Patient hatte Lues akquiriert, zeigt bei der Beobachtung subjektive und objektive Symptome eines Rachenkatarrhs. Die Geschwulst ist im oberen Teil des Mesopharynx etwas links von der Mittellinie, ist rosafarbig, gestielt, feingranuliert, erbsengross. Abtragung mit dem Polypenschnürer.

Mikroskopischer Befund: Grundgerüst aus zellarmem, reichlich vaskularisiertem fibrösem Bindegewebe. Auf den verzweigten Fortsätzen derselben mächtige Epitheldecke mit deutlich unterschiedlichem Stratum cylindricum, germinativum und spinocellulare, darauf eine Schicht aufgelockerter nicht verhornter Zellen. Auf der rechten Tonsille ein ebenso geartetes, kleineres Gewächs. Diese Lokalisation des Papilloms an der hinteren Rachenwand ist ausserordentlich selten. Hopmann z. B. fand sie unter 123 Pharynxpapillomen nur einmal. Meist treten die Papillome im Mundrachen bei Jugendlichen auf, bei Männern häufiger als bei Frauen.

II. Lipom der Mandel. 22jähr. Soldat zeigt auf der linken Tonsille eine ovale blassgelbe Geschwulst mit glatter, glänzender Oberfläche, mit ziemlich breiter Basis der Tonsille aufsitzend, doch etwas gestielt. Mandel selbst etwas hypertrophisch, nicht entzündet. Abtragung samt einem Teil der Tonsille mittels Tonsillotom.

Mikroskopisches Bild: Auf der Oberfläche mehrschichtiges Plattenepithel, an der Basis kubisch, nach aussen zu abgeplattet, darunter ziemlich dicke fibröse Kapsel, die die Geschwulst von der Tonsille trennt. An einer Stelle Eindringen in die Tonsillarsubstanz. Innerhalb der Kapsel typische Fettzellengruppen, durch Bindegewebssepten getrennt. Tonsillargewebe normal. — Die **Mandellipome**

werden im allgemeinen als hyperplastische Geschwülste betrachtet, da in der die Tonsille überziehenden Bindegewebskapsel und in den in das Gewebe eindringenden Septen schon normal Fett enthalten ist. Allgemeine Kennzeichen der Mandellipome: Sitz meist in der oberen Hälfte der Tonsille, Grösse wenig schwankend, meist haselnussgross, Form kugelig oder oval, mit glatter, glänzender Oberfläche, Farbe meist hellgelb, wenn noch anderes Gewebe darin, rötlichgelb, Konsistenz verschieden, je nach Gehalt an fibrösem Gewebe. BRADT.

26) Gordon B. New und French K. Hansel. **Melanoepitheliom des Gaumens. (Melano-epithelioma of the palate.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 2. Juli 1921.*

Verf. hat in der Literatur 24 Fälle von primärem Melanoepitheliom des Gaumens gefunden. Der mitgeteilte Fall stammt aus der Mayo-Klinik in Rochester, wo er der einzige auf dem Gaumen lokalisierte unter 163 dort zur Beobachtung gelangten Fällen von Melanoepitheliom des Körpers war. Verff. gebrauchen die Bezeichnung „Melanoepitheliom“ scheinbar synonym mit Melanosarkom.

Der mitgeteilte Fall betraf einen 62jähr. Mann; auf der rechten Seite des Gaumens ein Tumor von 3:4 cm Ausdehnung, der vom hinteren Rand des harten Gaumens sich nach vorn zu erstreckte. Die Geschwulst war gestielt, unregelmässig mit knotiger, nicht ulzerierter Oberfläche; sie war weich, blaugrün, teils schwarz, sehr blutreich. Der Stiel sass am hinteren Rand des harten Gaumens. Mikroskopische Diagnose: Melanoepitheliom. Radiumbehandlung des Tumors und Röntgenbestrahlung der Drüse aussen am Halse bisher ohne Erfolg.

FREUDENTHAL.

27) A. A. Rutz (Brooklyn, N. Y.). **Bericht eines Falles von hysterischer Aphagie. (Report of case of hysterical aphagia.)** *New York med. Journ. 1. Juni 1921.*

Eine 48jähr. verheiratete Frau, die vor 14 Jahren einem Kinde das Leben gerettet hatte durch Entfernung eines grossen Bissens aus dem Munde, litt seit dieser Zeit an der Erstickungsfurcht, die sich in verschiedener Weise zeigte. Eines Tages aber fand man Patientin im Bette sitzend mit ausgesprochener Dyspnoe und Zyanose. Leichtes Fieber und Zeichen von Lungenöden. Patientin konnte nicht schlucken und Speisen gelangten in die Bronchien. Kein Reflexhusten, sehr starke Salivation, die sich gleichfalls in die Bronchien ergoss. Rektale Ernährung. Bei einer Gelegenheit schluckte sie 180,0 Eierrahm, 20 Minuten später wurde aber alles erbrochen. Der Larynx war normal, Patientin konnte ihn aber nicht zum Schlingen in die Höhe bewegen.

Eines Tages, als sie ihre Schwester Tee trinken sah, griff sie sofort nach diesem ihrem Lieblingsgetränk und schluckte es ohne Mühe. Seitdem ist sie gesund. Von Interesse in diesem Falle ist auch die Differentialdiagnose. FREUDENTHAL.

28) L. Réthi (Wien). **Mandeloperationen bei Sepsis.** *Wiener klin. Wochenschr. Nr. 5. 1921.*

Verf. tritt für das konservative Verfahren, bestehend in Schlitzung der Tonsillen, ein; er wendet dies Verfahren jetzt auch dann an, wo er früher die vollständige Entfernung der Mandel gelten liess, nämlich wenn es sich darum handelt,

den Kranken vor der Gefahr einer allgemeinen Erkrankung (verschiedener septischer Prozesse, Nephritiden) und insbesondere vor Gelenkentzündungen zu bewahren. Nur wo die Schlitzung nicht zum Ziele führt, soll die Tonsillektomie nachfolgen; diese bleibt von vornherein nur den malignen Neubildungen der Tonsille vorbehalten.

HANSZEL.

29) **Emil Glas** (Wien). **Mandeloperationen bei Sepsis.** *Wiener klin. Wochenschr. Nr. 7. 1921.*

Verf. wendet sich gegen die im vorhergehenden Aufsatz vertretenen Anschauungen Réthis. Die Tonsillektomie sei — eine gute Technik vorausgesetzt — keine riskante Operation; es komme hauptsächlich die Gefahr der Blutung in Betracht (1—2 pCt. meist bei starken Adhäsionen), die aber bei der Tonsillotomie noch grösser sei. Die chronisch entzündete Tonsille könne bei Kindern nicht als Schutzorgan wirken, sie begünstige nur die Infektion. Eine Schlitzung der Tonsille könne niemals die lokale Enukleation des chronisch entzündeten Organs in einem Falle schwerer Allgemeinerkrankung ersetzen.

HANSZEL.

30) **Réthi. Erwiderung auf vorstehenden Artikel.** *Wiener klin. Wochenschr. Nr. 7. 1921.*

R. hält an seinem Standpunkt fest, dass man dem Pat. zunächst den grösseren operativen Eingriff ersparen müsse. Dass postoperative Komplikationen auf mangelhafte Technik zurückzuführen seien, wird zurückgewiesen. R. hat in zahlreichen schweren Fällen durch Schlitzung Heilung erzielt.

HANSZEL.

31) **Frithjof Leegard. Familiäres Auftreten des peritonsillären Abszesses (Angina phlegmenosa).** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Nr. 5. S. 381. 1921.*

Der Verfasser hat anamnestisch 120 Fälle von Peritonsillarabszess untersucht, hiervon 52 Männer und 68 Frauen. Eine familiäre Disposition war in 76 Fällen nachzuweisen, indem in diesen 76 Fällen Auftreten von peritonsillärem Abszess bei im ganzen 154 Verwandten angegeben wurde; in der Regel galt das familiäre Auftreten nahestehenden Verwandten (Geschwister, Eltern).

Zur Vergleichung hat Verf. unter 120 nicht ausgewählten Patienten, welche nie an peritonsillärem Abszess gelitten, nur in 10 Fällen das Vorkommen von peritonsillärem Abszess in der Familie nachweisen können. Von diesen 10 vertreten 7 Geschlechter, in welchen mehrere Individuen mit Halsabszessen vorkommen, was wiederum die Neigung des Peritonsillarabszesses zu familiärem Auftreten bestätigt.

Unter den 120 Fällen von peritonsillärem Abszess zeigt es sich ferner, dass bei Patienten mit habituellem Abszess das familiäre Auftreten in ganz besonderem Grade ausgeprägt ist (nämlich in $^{3}/_{4}$ der Fälle).

Verf. nimmt deshalb eine Disposition auf anatomischer Grundlage an, indem die Neigung zu peritonsillärem Abszess vornehmlich mit anatomisch bedingtem schlechten Abfluss von der Fossa supratonsillaris und von den in diesen mündenden Rec. palatin. superior et inferior in Verbindung gesetzt werden kann (vergl. Grünwald).

Es ist deshalb von besonderer Bedeutung, dass der obere Tonsillenpol bei der Tonsillektomie vollständig entfernt wird, welche selbst bei normal aussehenden Tonsillen im Falle wiederholter Peritonsillarabszesse indiziert ist.

(Verf. ventiliert jedoch nicht die Bedeutung der Ansteckungsmöglichkeiten bei dem peritonsillären Abszess, welcher bekanntlich oft geradezu epidemisch auftreten kann, und ist es wohl denkbar, dass er unter solchen Umständen die verschiedenen Familienmitglieder befallen kann. Ref.) R. LUND.

32) **Levinger** (München). **Zur Behandlung des Peritonsillarabszesses.** *Arch. f. Laryng. Bd. 34. H. 1.*

Verf. betont seine Priorität in bezug auf den Vorschlag, die Peritonsillarabszesse unter Lokalanästhesie (2 proz. Novokainlösung mit Zusatz von Suprarenin) zu eröffnen. Ferner wird die Frage des Zeitpunktes der Eröffnung besprochen. Die frühzeitige Eröffnung beseitigt zwar die qualvollen Schmerzen und die Gefahr der Komplikationen, andererseits ist der Erfolg einer sofortigen Inzision recht unwahrscheinlich. Auch 2—3 Tage Abwarten und Eröffnung vor vollständiger Reife des Abszesses bringt keine sicheren Erfolge und ist auch wegen der damit verbundenen Schmerzen (die Anästhesie dringt nicht in die Tiefe) nicht empfehlenswert. Verf. verspricht sicheren Erfolg durch das von ihm beschriebene Verfahren (Münchener med. Wochenschr. 1914 u. 1919) der exakt präparierenden Freilegung des peritonsillären Entzündungsherdes durch die extrakapsuläre Luxation und Resektion des oberen Mandelteils (etwa $^1/_3$). Der Erfolg zeigt sich in jedem Stadium der Peritonsillitis. Dabei ist die Kiefersperre kein Hindernis, auch die Furcht vor Eiterverschleppung ist unbegründet. Voraussetzung ist vollkommene Technik. Das Henricische Verfahren (nach Eröffnung noch möglichst viel von der oberen Tonsillarpartie mittels Konchotom wegzunehmen) genügt für augenblicklichen Zweck, kann aber Rezidive nicht verhindern, da das palatinale Mandelgewebe mit Sicherheit nur durch extrakapsuläres Eingehen entfernt wird. Beweis für den Verfasser sind die Heilungen von Patienten, die habituell an Abszessen litten. BRADT.

33) **C. V. Weller. Tonsillartuberkulose. (Tonsillar tuberculosis.)** *Arch. Int. med. Chicago. p. 651—660. 1921.*

W. hat in 8697 in Michigan operierten Fällen die Tonsillen mikroskopisch untersucht. Er fand, dass 204 Tonsillen (2,35 pCt.) tuberkulöse Infektion zeigten, die etwas häufiger beim weiblichen Geschlecht war und in jedem Lebensalter vom 2. bis 59. Jahr beobachtet wurde. Auffallend war die verhältnismässig grosse Zahl von Fällen, die Krankenschwestern, Medizinstudierende und Assistenten betrafen. Es werden drei Haupttypen von Tonsillartuberkulose beschrieben: Die häufigste ist die Krypteninfektion, die meist einseitig ist mit lokalisierten submukösen Tuberkeln; sie befällt gewöhnlich die Follikel nicht und ist die Folge einer Infektion von der Schleimhautoberfläche. 2. Ulzeröse lupusartige Veränderungen infolge ausgedehnter Verschmelzung von Krypteninfektionen — die einzige klinisch erkennbare Form. 3. Diffuse miliare Infektion auf dem Blutweg, gewöhnlich beiderseitig, charakteristischerweise nur die Follikel befallend. Gemischte

Formen können vorkommen, besonders bei vorgeschrittener Tuberkulose der Lungen mit reichlichem Sputum und generalisierter Tuberkulose. Der häufigste mikroskopische Befund sind epitheloide Tuberkel mit oder ohne Riesenzellen; Verf. gibt zum Vergleich Abbildungen von Fremdkörperriesenzellen, die in den Tonsillen sehr häufig sind. Verkäsung ist selten, kommt unter den 204 Fällen 35 mal vor und hauptsächlich dann, wenn die Tuberkel so häufig sind, dass sie konfluieren.

FREUDENTHAL.

34) L. M. Hubby (New York). **Einige Bemerkungen über Tonsillektomie und Adenoidektomie. (Some remarks on tonsillectomy and adenoidectomy.)** *Med. Record. 16. April 1921.*

H. ist der Ansicht, dass die Tonsillen einen Schutz gegen Infektion bilden, und dass ferner ein gewisser Zusammenhang zwischen Mandel und Appendix besteht. Seine Indikationsstellung für eine Tonsillektomie ist folgende: 1. Mechanische Obstruktion. 2. Grosse Krypten, die infektiöses Material enthalten. 3. Häufige tonsilläre und peritonsilläre Infektion. 4. Adenitis colli. 5. Tuberkulöse Adenitis. 6. Allgemeine oder lokale Infektion, wo der leiseste Verdacht besteht, dass die Mandeln den Herd der Infektion bilden. 7. Bei Erkrankungen der Thyreoidea müssen die Tonsillen entfernt werden, selbst wenn sie nur leicht affiziert sind. 8. Häufige Anfälle von akuter Rhinitis oder Otitis. Die Kontraindikationen bilden: 1. Diabetes mellitus. 2. Akute Tonsillitis usw. 3. Akute, von den Mandeln ausgehende Infektion, wie akuter Rheumatismus, akute Nephritis usw. 4. Schlechter Ernährungszustand bei Kindern. 5. Herzaffektionen, wenn das Herz nicht kompensiert ist. 6. Alle fieberhaften Krankheiten. 7. Status lymphaticus und 9. Hämorrhagische Diathese. Bei der lokalen Anästhesie injiziert er nicht Adrenalin wegen der damit verbundenen Gefahr.

FREUDENTHAL.

dI) Kehlkopf und Luftröhre.

35) K. M. Menzel. **Zur Frage der Rekurrenslähmung.** *Arch. f. Laryng u. Rhin. Bd. 34. H. 1.*

Trotz der Bestätigung des Semonschen Gesetzes durch klinische und experimentelle Untersuchungen ist die Frage der Rekurrenslähmung durchaus noch nicht gelöst, da obiges Gesetz in vielen Punkten, besonders in seiner Deutung der Medianstellung, angegriffen wird. — Hauptsächlich Tierexperiment und klinische Beobachtung wurden zur Lösung des Problems herangezogen. Ersteres hat versagt: Die Ergebnisse widersprachen sich einander oft direkt; dauernde Fixation in Medianstellung ist überhaupt noch nicht erzielt worden. Die klinische Beobachtung vermag wiederum die Zustandsbilder nicht zu deuten: Auch hier wieder ist es die Medianstellung, die den Rahmen des Gesetzes sprengt.

Auffallenderweise ist die pathologische Anatomie relativ am wenigsten zur Lösung der Frage herangezogen worden. M. bringt nun einen Fall, in dem der klinische Befund ziemlich genau und der pathologisch-anatomische vollständig erhoben werden konnte:

Der Patient M. hatte seit 7 Jahren eine Struma, die im 17. Lebensjahre unter Lokalanästhesie entfernt wurde. Der rechte Lappen war etwas grösser als

der linke, etwa faustgross. Er war ohne Zusammenhang mit dem Kehlkopf, mit der Luftröhre aber fest verwachsen. Vom rechten Seitenlappen aus ragte ein Mittellappen unter den Halsmuskeln bis auf den blanken Kehlkopf; er musste mit dem Messer vom Knorpel getrennt werden. Darauf wurde auch der rechte Seitenlappen mit dem Messer vollständig von der Luftröhre getrennt. Danach und auch nach der mit dem Messer erfolgten Ablösung des linken Lappens vom 3. und 4. Trachealring blieb die Stimme rein. Die Trachea war ein wenig nach rechts aussen gebogen (Patient hat seit wenigen Monaten vor der Operation Atembeschwerden gehabt). $1^1/_2$ Jahre später: Seit der Operation lautes Schnarchen. Laryngoskopisch: Glottisschluss bei Inspiration. 5 Jahre post oper.: Rechtes Stimmband bei Respiration und Phonation unbeweglich fixiert in Medianlinie, ebenso scheinbar das linke, so dass als Glottis nur ein ganz minimaler Spalt verblieb. Infolgedessen langsame, schlürfende Respiration mit hörbarem Stridor, der besonders deutlich ist bei tiefer Inspiration. Dabei vollständige Berührung der Stimmlippen. Bei genauestem Zusehen ganz minimale Adduktionsbewegung der linken Stimmlippe bei Phonation bemerkbar. Stimme völlig rein.

Zur ev. Ersparnis der Tracheotomie endolaryngeale Abtragung beider Stimmlippen durch den Verf. Operation sehr leicht, Blutung minimal. Pat. konnte danach ausgezeichnet atmen. Auch laryngoskopisch 3—4 mm weite Glottis. In den nächsten Tagen starke Reaktion der Wundränder, am 5. Tag Tracheotomie, kurz danach Exitus an interkurrenter Erkrankung.

Pathologisch-anatomischer Befund der Halsorgane: Makroskopisch: Der Rekurrens der rechten Seite in den unteren zwei Dritteln gut isolierbar, verliert sich dann in ein der Seitenfläche der Trachea aufliegendes, mit ihr straff verwachsenes, derbes Narbengewebe. Der linke Rekurrens in gleicher Höhe ebenso mit dem Narbengewebe verwachsen, so dass ein Teil des obersten Drittels nicht zu sehen ist. In der Narbe verläuft der Nerv eine Strecke weiter, erscheint wieder unterhalb der linken Ringknorpelplatte als ein gallertig aussehendes, feines Nervenstämmchen, das sich in der hinteren und seitlichen Larynxmuskulatur verzweigt. Sämtliche Muskeln der rechten Kehlkopfhälfte auffallend schmal, locker und weich im Gegensatz zur linken Seite, rechter Postikus z. B. besteht nur aus einigen gelbbraunen dünnen Fasern. Die Muskulatur der linken Kehlkopfhälfte nur wenig rarefiziert. Die Mm. thyreocricoidei sind dagegen beiderseits gleich gut entwickelt. Die Nervi recurrentes sind beiderseits peripher vom Narbengewebe makroskopisch nicht mehr zu differenzieren. Mikroskopisch zeigt der rechte Rekurrens besonders gegen die Narbe hin schwerste Ausfälle an Nervenfasern. Mehr zentralwärts sind reichlichere, wenn auch schwer geschädigte Nervenfasern tinktoriell nachweisbar. In der Narbe selbst kaum noch einzelne Fasern nachweisbar, die aufs schwerste zerstört sind, nahezu völlig entmarkt. Etwas weiter peripherwärts vom Nervengewebe überhaupt nichts mehr nachweisbar. Im linken Rekurrens finden sich in der Narbe und peripherwärts noch ansehnliche, wenn auch schwer geschädigte Nervenfaserbündel.

Es ergibt sich also ein degenerativer Vorgang im rechten Rekurrens mit konsekutiver schwerer Schädigung des Postikus, weniger des Lateralis und des

Stimmbandes. Der gleiche Prozess, aber weniger ausgesprochen, findet sich in Nerven und Muskeln der linken Seite.

Das Verhalten der rechten Seite widerspricht also dem Semonschen Gesetz. Wir müssen annehmen, dass es Fälle gibt von völliger Rekurrenslähmung mit Fixation des Stimmbandes in der Medianlinie. Analog unserem Falle wären danach die Fälle mit jahrzehntelang unveränderter Fixation in Medianstellung nicht als Postikus-, sondern als Rekurrenslähmung aufzufassen. Jedenfalls zeigt sich darin eine muskuläre und vielleicht auch eine nervöse Minderwertigkeit des dilatatorischen Apparates im Kehlkopf, entsprechend dem Semonschen Gesetz. Der Prozess in der linken Larynxhälfte zeigt klinisch Aehnlichkeit mit dem ersten Stadium der Postikuslähmung nach Semon, jedoch zeigt die histologische Untersuchung eine Atrophie sämtlicher Muskeln infolge einer Schädigung sämtlicher Nervenfasern. Ein Funktionsrest ist sowohl in den Adduktoren, als auch in den Abduktoren erhalten (Spuren von Beweglichkeit der linken Stimmlippe). Es handelt sich links also um eine Rekurrensparese.

Zusammenfassung: In einem durch Autopsie festgestellten Falle von zweifelloser vollständiger Rekurrenslähmung nach Strumektomie zeigt das betreffende Stimmband im Widerspruche zur Semonschen Lehre die klinischen Erscheinungen des II. Stadiums der Rekurrenslähmung, es steht unbeweglich in Medianstellung („Postikuslähmungsstellung").

BRADT.

36) Collet. **Ein neuer Typus von assoziierter halbseitiger Kehlkopflähmung; Zungen-Kehlkopf-Schulter-Pharynxlähmung. (Un nouveau type d'hémiplégie laringée associée; hémiplégie glosso-laryngo-scapulo-faringée.)** *Annales des mal. de l'oreille etc. Bd. 50. H. 8.*

Es handelte sich um einen Fall, in dem im Anschluss an einen Steckschuss im rechten Warzenfortsatz (Trommelfell dunkelrot infolge Bluterguss in die Pauke, Rinne negativ, Weber nach rechts lateralisiert, Parazentese ergab gefärbte seröse Flüssigkeit) sich herausbildete: rechtsseitige Zungenlähmung, rechte Stimmlippe gelähmt in Medianstellung, rechtsseitige Schulterlähmung, vorübergehende Sehstörung rechts und Enophthalmie, rechtsseitige Gaumensegellähmung und Abweichung der Epiglottis nach derselben Seite, Geschmacksstörungen. Es waren also — sei es durch den Bluterguss, sei es durch Druck des Fremdkörpers — geschädigt die vier letzten Hirnnerven: der Glossopharyngeus (Geschmacksstörungen), der Hypoglossus (Zungenlähmung), der Vagus (Kehlkopflähmung und konstante Pulsbeschleunigung), Akzessorius (Schulterlähmung), die Hemiplegie des Pharynx und die Schluckbeschwerden waren zurückzuführen auf die Läsion von Vagus, Glossopharyngeus und Akzessorius.

FINDER.

37) F. Schlemmer (Wien). **Ueber die Schwierigkeit der tracheoskopischen Differentialdiagnose zwischen Aneurysma und Mediastinaltumor. Bemerkungen zur Indikationsstellung für operative Eingriffe bei diesen Erkrankungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. April 1921.*

An Hand der ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichte eines Falles von Aneurysma der Arteria anonyma erläutert Verf. die Schwierigkeiten der Diagnosenstellung sowohl für den inneren Mediziner als den Radiologen und Laryngologen.

SCHLITTLER.

38) **E. M. Brauch** (Wien). **Klinisch-statistische Beiträge zur Frage der Kehlkopfphthise.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. März 1921.*

Der Arbeit liegt das Material der Freiburger otolaryngologischen Universitätsklinik aus den Jahren 1912—1919 zugrunde mit 446 entsprechenden Krankheitsfällen und ergibt deren Durchsicht in der Hauptsache folgendes:

Zwei Drittel der Patienten sind männlichen, ein Drittel weiblichen Geschlechts; ein Viertel aller Kranken hatten zur Zeit der Beobachtung sicher eine offene Lungenphthise. Am häufigsten waren die Stimmbänder, dann die Hinterwand, seltener die Aryknorpel, Taschenbänder, Epiglottis, am seltensten aryepiglottische Falten und vordere Kommissur erkrankt. In 10 Fällen handelte es sich um lupöse Erkrankungen des Larynx. Die Behandlung bestand den Frühformen gegenüber in Schweigekur und geeigneter milder Lokalbehandlung, vorgeschrittenen Fällen gegenüber kam vor allem der galvanokaustische Tiefenstich und Aetzung mit Milchsäure in Anwendung, seltener das Kürettement. Ausgeführt wurden die endolaryngealen Eingriffe meistens in Schwebelaryngoskopie. Von 239 während längerer Zeit beobachteten Kranken wurde bei 161 eine Besserung, bei 40 eine Verschlimmerung beobachtet, während 27 vollständig ausheilten und 11 starben.

SCHLITTLER.

39) **Hermann Helming. Ein seltener Fall von Saccus ventricularis des Kehlkopfes.** *Inaug.-Diss. Göttingen 1919.*

Beschreibung eines bei der Operation gewonnenen Präparates: Das Präparat zeigt eine Zyste mit mehrschichtigem flimmernden Zylinderepithel, darunter Drüsen von Schleimdrüsencharakter; den Inhalt bildete eine weisse schleimige Flüssigkeit. Das histologische Bild, dem Aufbau der Appendix der Morgagnischen Tasche zu vergleichen, entspricht einer als Sacculus ventricularis bezeichneten Neubildung. Der schleimige Inhalt erklärt sich teils aus seiner physiologischen Aufgabe, teils als Produkt von Entzündungen. Die Geschwulst vergrösserte sich rapid und verursachte neben Hals- und Kopfschmerzen bedrohliche Atemstörungen. Die Operation wurde so ausgeführt, dass der Larynx freigelegt, der Stiel verfolgt und der intralaryngeale Teil der Geschwulst submukös ausgeschält wurde.

FINDER.

40) **V. Uchermann** und **Francis Harbitz. Laryngeale Amyloidablagerung in Geschwulstform.** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Nr. 7. S. 497. Juli 1921.*

Bei einem 69jährigen Weibe mit in 3 Jahren zunehmender Heiserkeit fand sich laryngoskopisch vorne im Larynx unterhalb der Epiglottis ein spanischnussgrosses, hellrotes, etwas unebenes, hartes, hinten ulzeriertes, sessiles, tumorähnliches Gewächs. Die Stimmlippen normal, frei beweglich. Der Tumor wurde mit galvanokaustischem Messer entfernt. Der Patient hat sich nachher wohlbefunden.

Die histologische Untersuchung zeigte folgende Struktur des Tumors: Grosse dichtliegende Blöcke von homogener gleichmässiger Masse. Diese Blöcke waren durch ein spärliches fibrilläres, hier und da zelleninfiltriertes Bindegewebe getrennt, ausserdem fanden sich an vielen Stellen um die homogenen Blöcke umher riesenzellenähnliche Bildungen. Die homogenen Blöcke zeigten deutlich amyloide Reaktion (mit Gentianaviolett).

Diagnose: Amyloidtumor.

Gleichzeitig wird ein ähnlicher Fall — als zufälliger postmortaler Fund bei einem 60jährigen Syphilitiker mitgeteilt — nämlich Beobachtung warzenförmiger graugelber Exkreszenzen an dem hinteren Drittel der Stimmlippen sich über das hintere Drittel des Larynx vor den Cartilagines arytaenoid. sowie längs des freien Randes der Ligamenta aryepiglottica und auf der Rückseite der Epiglottis hinstreckend. Die Knoten waren von harter Konsistenz, zeigten histologische Struktur wie oben beschrieben, doch gaben die hyalinen eingelagerten Massen nicht typisch amyloide Reaktion (Vorstadien zur amyloiden Substanz?).

Aehnliche Beobachtungen aus der Literatur werden erwähnt. R. LUND.

41) **O. Hirsch** (Wien). **Ueber das Einnähen des Trachealstumpfes in die Hautwunde bei der Gluckschen Radikaloperation des Kehlkopfes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkd. April 1921.*

Um den Trachealstumpf widerstandsfähiger zu machen, so dass sein Einnähen in die Hautwunde solider und sicherer geschehen kann, empfiehlt Verf., ihn mit einem nahtfähigen Gewebe zu umgeben. Zu diesem Zweck legt er in einer Voroperation einen Streifen der Fascia lata um den obersten Teil der Trachea und lässt ihn dort einheilen. Nach 14 Tagen kann dann bei der Radikaloperation der nunmehr sehr solide Trachealstumpf eingenäht und sicher fixiert werden.

SCHLITTLER.

42) **Gustav Hofer. Die Tracheostomie bei der Totalexstirpation des Larynx.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jan. 1921.*

Verf. beschreibt sein mit Kofler ausgearbeitetes und erprobtes diesbezügliches Verfahren, darin bestehend, den Trachealschnitt ovalär anzulegen, von rückwärts oben nach vorne unten. Die wesentlichen Vorteile dieses Schiefschnitts bestehen darin, dass sich der Trachealrand, namentlich der hintere Schnittrand, viel leichter mit der äusseren Haut vereinigen lässt, wie beim reinen Querschnitt und das Tracheostoma verhältnismässig gross wird, womit der stenosierenden Tendenz desselben begegnet und die Kanüle sehr rasch überflüssig wird.

SCHLITTLER.

43) **Antoli Candela. Zwei neue Fälle von dringender Interkriko-thyreoidpunktion mit nachfolgender regulärer Tracheotomie und Heilung. (Dos nueves casos de puncion intercrice-tiroidea de urgencia segnidos de traqueotomia reglada y curacion.)** *Revista Espanola de Laring., Otol. y Rhinol. Mai/Juni 1921.*

Der erste Fall betraf einen Patienten, der mit einem sehr vorgeschrittenen Larynxkarzinom den Verf. in der Sprechstunde aufsuchte und einen äusserst schweren Erstickungsanfall bekam. Es wurde mit der Troikartkanüle die Interkrikothyreoidpunktion gemacht, worauf die bedrohlichen Erscheinungen zurückgingen; Pat. konnte in das Sanatorium überführt und dort unter Lokalanästhesie in aller Ruhe die Tracheotomie vorgenommen werden. Der weitere Verlauf war dadurch kompliziert, dsss eine sehr hartnäckige Blutung auftrat; Patient war Hämophile.

Im zweiten Fall, in dem die Interkrikoidpunktion ausgeführt wurde, handelte es sich um drohende Erstickungsgefahr infolge Larynxödem bei luetischen Veränderungen im Kehlkopf.

FINDER.

44) **Bruno Bruzzi. Beitrag zur Technik der Dilatation bei den Laryngostomien. (Contributo alla tecnica della dilatazione nelle laringostomia.)** *Arch. Ital. di Otologia. Bd. 32. H. 3. 1921.*

Der auf der Gradenigoschen Klinik gebrauchte Tampon besteht aus einem Zylinder aus komprimierter Watte, der mittels zweier langer Seidenfäden um den Hals fixiert wird. Dieser Wattezylinder wird für einige Minuten in Ambrin, das in Wasserbad geschmolzen ist, getaucht; man lässt ihn dann in der Kälte erstarren, so dass er hart wird. (Ambrin ist ein Gemisch aus Paraffin und Harzen. Ref.) Das obere Ende des Zylinders wird mit einem Rasiermesser glatt abgeschnitten, das untere, damit es zwischen Kanüle und hinterer Kehlkopfwand einpasst, schräg zugeschnitten. Der Zylinder ist von völlig glatter Oberfläche, so dass er die Schleimhaut nicht verletzt und kann in dem gewünschten Kaliber hergestellt werden. Ein einfaches Kissen von steriler oder ebenfalls in Ambrin getauchter Gaze hält das Stoma offen. Durch wiederholtes Eintauchen in Ambrin kann man ein Kaliber erhalten, das der erreichten Dilatation entspricht. Der Zylinder lässt sich jedesmal leicht entfernen, da er an die Schleimhaut nicht anklebt und es entstehen so keine Blutungen bei seiner Erneuerung. CALAMIDA.

45) **Martin Hohlfeld. Erfahrungen mit der Intubation. II. Die Erstickungsgefahr.** Aus der Univ.-Kinderklinik Leipzig. *Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 95. S. 80. 1921.*

Persönliche Erfahrungen, aus denen als Hauptsache hervorgeht die Notwendigkeit ständiger Hilfsbereitschaft eines geübten Arztes bei intubierten Kindern. Die erste Extubation sollte nie vor dem dritten Tage nach der Intubation erfolgen, weil erst dann auf ein Freibleiben der Atmung zu rechnen ist.

DREYFUSS.

46) **Hölscher** (Ulm). **Ein neuer Handgriff zur direkten Behandlung von Kehlkopf und Schlund.** *Arch. f. Laryng. Bd. 34. H. 1.*

Abbildung und kurze Beschreibung eines Mundspatels, bei dem durch eine Schraube Befestigung und Eröffnung des Mundes (vermittelst Zahnplatte) erzielt wird. Der Griff braucht nur leicht gehalten zu werden. Empfehlenswert besonders infolge Kostspieligkeit der Killianschen Schwebe. Haltung des Kopfes wie bei direkter Untersuchung. Herstellung durch Windler-Berlin. BRADT.

47) **Carl Hart** (Berlin). **Ueber sekundäre Bronchostenose.** *Arch. f. Laryng. Bd. 34. H. 1.*

Die Bronchostenose ist von grosser Bedeutung wegen der verschiedenartigsten Lungenprozesse, die durch sie hervorgerufen werden können. Sie sitzt manchmal sehr versteckt, ist aber meist durch die direkte Untersuchung zu ermitteln. Verf. hat ausser in einem Falle von Rindfleisch noch keine sekundäre Bronchostenose nach Pleuraempyem beschrieben gesehen. Er beschreibt den Sektionsbefund eines Falles von Pleuraempyem, wo eine zirkuläre Stenose eines Hauptbronchus bestand infolge Invagination eines Knorpelringes in den nächst höheren. Durch leichten Zug war die Invagination reponierbar. Die Wandstelle ergab mikroskopisch nur die Zeichen einer chronischen Bronchitis. Die Verände-

rung ist mechanisch erklärbar durch völlige Fixierung des Lungenhilus durch derbe Pakete indurierter anthrakotischer Lymphdrüsen und durch eine schwielige Mediastinitis, so dass also der Lungenhilus verhindert war, dem Druck des Empyems nach links auszuweichen. Von Belang ist vielleicht die besondere Form der Stenose — der geschlossene wulstige Ring — zur Unterscheidung von partiellen Einschiebungen der Bronchialknorpelringe, die durch luetische Narbenbildung und chalikoanthrakotische Perilymphadenitis zustande kommen. Solche luetischen Veränderungen, auch schweren Grades, finden sich auch unter ganz normalen Verhältnissen.

BRADT.

48) **Sons. Beitrag zu: Kontrastspeise im Bronchialbaum.** *Fortschr. a. d. Gebiet d. Röntgenstrahlen. Bd. 28. S. 180. 1921.*

Abbildung eines Falles von Einfliessen des Kontrastbreis in den Bronchialbaum bei einem in den rechten Bronchus durchgebrochenen Oesophaguskarzinom. Wie die Sektion ergab, war der Brei 24 Stunden lang bei dem schwer kachektischen bzw. moribunden Kranken in den Bronchien liegen geblieben, ohne ausgehustet zu werden.

DREYFUSS.

d II) Stimme und Sprache.

49) **G. Panconcelli-Calzia. Ueber im Munde und im Kehlkopf synchronisch erfolgende, aber voneinander unabhängige Phonationsvorgänge.** *Vox. H. 3. S. 79. 1921.*

Durch Aufnahme der Bewegungen des nasalen Atemluftstroms während des Aussprechens von Schnalzlauten (inspiratorisches t) und auch bei gleichzeitiger Phonation durch die Nase weist P. nach, dass die Schnalze nur im Ansatzrohr begrenzte Saugbewegungen nicht inspiratorischer Art sind.

NADOLECZNY.

50) **W. Heinitz. Wie lassen sich experimental-phonetische Methoden auf die psychologische Zergliederung gesprochener Sätze anwenden?** *Vox. H. 4. S. 74. 1920.*

H. untersucht den Wechsel von Tonhöhe und Dauer beim Wechsel der Satzform durch pneumographische und Stimmaufnahmen, um die verschiedenen sprachlichen Ausdrucksformen quantitativ zu erfassen. Die Atemkurven lassen den Einfluss des Affekts auf die Atmung erkennen. Satz- und Wortdauer erfahren gewisse Veränderungen, ebenso Einsatz, Tonumfang und Intervallmaxima der Vokale je nach der Satzart. Die wichtige Arbeit von Isserlin hätte berücksichtigt werden müssen.

NADOLECZNY.

51) **Fröschels** und **Stockert** (Wien). **Untersuchungen über Kehlkopfbewegungen beim Singen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Mai 1921.*

Verff. haben die von verschiedenen Gesangspädagogen angegebenen Methoden, um zu verhüten, dass der Larynx wie bei Naturstimmen um so höher steigt, je höher der zu singende Ton ist, einer experimentellen Prüfung unterworfen mittelst Laryngographie. Ihr Resultat geht dahin, dass einzig die Methode des nasalen Singens, sowie die des Kieferschüttelns einen Einfluss auf das Steigen des Larynx ausübt und zwar infolge einer teilweisen Erschlaffung der Muskulatur des Singapparates.

SCHLITTLER.

52) **R. Imhofer** (Prag). **Neuere Erfahrungen über Phonasthenlebehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Saugtherapie und der Stauung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Febr. 1921.*

Verf. erläutert die beiden von Flatau s. Z. angegebenen Verfahren, von denen das eine bezweckt durch Aufsetzen von Saugnäpfen auf die Aussenseite des Schildknorpels eine seröse Durchtränkung des Kehlkopfes zu bewirken, das andere unter Verwendung kleinerer Saugnäpfe erlaubt, eine Spannung bzw. Dehnung der Stimmbänder auszuüben. Indikation für die erstere Methode bilden akute Laryngitiden und akute Phonasthenien. Für die zweite Behandlungsart eignen sich Assymmetrien der Stimmbandaktion, einseitige Funktionsstörungen und pathologisch verlängerte Mutation.

SCHLITTLER.

53) **O. Pleoschinski. Die Sonderklasse für Stotterer in Breslau.** *Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 25. S. 168. 1920.*

Statistischer Bericht über eine Klasse mit 22 Fällen und über die stotternden und stammelnden Kinder der Breslauer Volksschulen. Während für Stammler Sprachheilkurse ausreichen, haben sich für Stotterer Sonderklassen besser bewährt.

NADOLECZNY.

54) **Nadoleczny. Vorstellung sprachgestörter Kinder.** *Münch. Ges. f. Kinderheilk. Sitzung v. 7. Juli 1921.*

1. Offenes Näseln: Fälle von operierten Gaumenspalten. Ergebnis der Sprachübungsbehandlung, ein Fall von submuköser Gaumenspalte mit Rhinolalia aperta. Warnung vor Adenoidenoperationen bei ähnlichen Fällen mit Insuffizienz des Gaumensegels.

2. Fälle von Seitwärtslispeln bei Verbildung der Kiefer- und Zahnstellungsanomalien, die zahnärztlich und übungstherapeutisch zu korrigieren sind. Ein Fall von Sigmatismus nasalis.

3. 8 verschiedene Fälle von Stottern, das als spastische Koordinationsneurose bezeichnet wird analog zu den sog. Beschäftigungskrämpfen im Sinne des zweiten Teils der Oppenheimschen Krampfdefinition: „durch physiologische Reize angeregte Muskelkontraktionen von abnormer Stärke“, nicht im Sinne unwillkürlicher Krämpfe wie Epilepsie. In einem der vorgestellten Fälle scheint das Stottern in der Familie dominant vererbbar. Das Wesen der sog. neurotischen Disposition ist noch rein hypothetisch. Diese Disposition äussert sich beim Stotterer noch durch andere Zeichen. Die Rede des Stotterers ist oft von Mitbewegungen begleitet, die teils der Ausdruck der Mühe beim Sprechen sind, teils als Ausweichbewegungen gedeutet werden können, die das Sprechen erleichtern sollen. Später bekommt das Stottern je nach Anlage des Kranken den Charakter einer Erwartungsneurose, einer Phobie und spielt auch bei hypochondrischen und zyklothymischen Zuständen eine Rolle. (Eigenbericht.)

55) **P. Jankowski. Versuche zur Herstellung und Prüfung von Ablesefilmen für Taubstumme und Schwerhörige.** *Vox. H. 1/2. S. 37. 1921.*

Filme von Sätzen, Einzelwörtern, Lautverbindungen und Einzellauten wurden aufgenommen und dann Taubstummen und Normalhörenden zum Ablesen vorgeführt. Die richtigen, teilweise richtigen und falschen Ablesungen wurden proto-

kolliert und sind in Tabellen und in graphischer Darstellung wiedergegeben. Die Sätze der Umgangssprache wurden am besten abgelesen. Das ist eine bekannte Tatsache, weil hierbei das Absehen durch Kombinieren ergänzt wird. J. hält Ablesefilme geeignet für den Unterricht Taubstummer, Ertaubter und Schwerhöriger.

NADOLECZNY.

e) Oesophagus.

56) **E. Hoffmann** (Dresden). **Ueber kongenitale Atresie des Oesophagus bei gleichzeitiger Kommunikation desselben mit der Trachea.** *Zeitschr. f. Laryng. Mai 1921.*

Die interessante Arbeit enthält die genaue Beschreibung von 14 Fällen dieser seltenen Missbildung, für welche charakteristisch ist, das der Oesophagus in seinem Verlaufe hinter der Trachea stellenweise völlig fehlt oder als dünner Strang erscheint, so dass dann zwei voneinander getrennte Oesophagusabschnitte entstehen, welche ihrerseits mit der Trachea kommunizieren. Die Fälle mit Kommunikation nach dem unteren Oesophagusabschnitt sind viel häufiger als die, bei welchen die Trachea mit dem oberen Oesophagus kommuniziert. Auf 86 Beobachtungen kommen 81 des ersten und nur 1 des zweiten Typus (enthalten in der Kasuistik vorliegender Arbeit), während bei den übrigen 4 Fällen die Trachea sowohl mit dem unteren als oberen Oesophagusabschnitt in Verbindung steht.

Die eingehende mikroskopische Untersuchung des Verbindungsstückes zwischen den beiden Oesophagusabschnitten ergab Hoffmann, dass diese in ungefähr der Hälfte der Fälle aus einem soliden Strang von glatten und quergestreiften, längsverlaufenden Muskelfasern besteht, welcher in seinem Innern kein Epithel und kein Lumen besitzt. Die Ringmuskulatur fehlt völlig.

In mehr wie der Hälfte der Fälle sind gleichzeitig andere Anomalien anzutreffen, sei es des Intestinaltraktus oder des Gefäss-, Urogenital- und Knochensystems. 25 pCt. Kinder sind Frühgeburten, die Lebensdauer ist nur eine kurze, einige Tage bis höchstens 2 Wochen. Hauptsymptome sind Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme, Erstickungsanfälle, Zyanose, Herausfliessen von schaumigem Schleim aus Mund und Nase.

Was die Genese dieser Abnormität anbelangt, so führt Verf. gewichtige Momente auf, welche gegen die von anderer Seite gemachte Annahme sprechen, es handle sich um eine sekundäre Wachstumshemmung infolge fötaler Druckatrophie durch ein hinter dem obliteriertem Teile des Oesophagus abnormerweise verlaufendes Gefäss. Er glaubt viel eher die Anomalie auf eine Störung in der Entwicklung der Ringmuskulatur aus den Mesodermzellen zurückführen zu müssen.

SCHLITTLER.

57) **Arthur Ludwig. Ein bemerkenswerter Fall von Missbildung des Oesophago-Trachealrohres, zugleich ein Beitrag zur Auffassung von der formalen Genese derartiger Missbildungen.** Aus dem pathol. Inst. Breslau. *Zentralbl. f. allg. Pathol. S. 613. 1921.*

Männliche Frühgeburt, die am dritten Tag starb, nachdem jedwede Nahrung erbrochen wurde. Es fand sich der obere Teil der Speiseröhre als Blindsack endend, der untere mündete nach oben in die Trachea. Die histologische Serien-

untersuchung ergab, dass derselbe in der Hinterwand der Trachea seine Fortsetzung fand und das geschichtete Pflasterepithel des Oesophagus hoch hinaufreichte. Ausserdem Fehlen der linken Niere und des linken Ureters. DREYFUSS.

58) **Kurt Deis. Die Behandlung der Zenkerschen Pulsionsdivertikel der Speiseröhre.** Aus d. städt. Krankenh. Karlsruhe. *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 123. S. 623. 1921.*

Beschreibung von 9 Fällen, die von v. Beck operiert wurden. Nach Freilegung des Divertikels am Halse wird eine Gebärmuttersonde in den Sack eingeführt und dieser auf der Sonde stumpf ausgelöst. Hat man die Basis erreicht, so wird die Sonde langsam aus dem Divertikel herausgezogen und die Abgangsstelle vom Oesophagus durch den Operateur komprimiert, während nun versucht wird, die Schlundsonde in den Oesophagus tiefer einzuführen. Hierauf Ligatur des Sacks, Tamponade für 3—4 Tage. Der Sack selbst stösst sich gewöhnlich 8 bis 10 Tage nach der Ligatur ab. Ernährung per os bereits 1 Tag nach der Operation. DREYFUSS.

59) **Jens Kragh. Tuberkulosedivertikel in der Speiseröhre (sog. Traktionsdivertikel). With an english summary.** *Dissert. Kopenhagen 1921.*

Um festzustellen, inwieweit die Traktionsdivertikel von kongenitalen Missbildungen im Oesophagus herrühren oder auf Grund einer Traktion von krankhaft veränderten Lymphdrüsen entstehen, hat der Verf. den Oesophagus und dessen Umgebungen bei 556 Individuen post mortem systematisch untersucht und dabei in 14 Fällen eine Verwachsung zwischen der Speiseröhre und den Lymphdrüsen nachweisen können. In allen Fällen handelte es sich um tuberkulöse Drüsen. Es hat sich hierbei erwiesen, dass Tuberkulose in den Lymphdrüsen eine entzündliche Verwachsung zwischen diesen und dem Oesophagus verursacht, und dass man in dieser Entzündung verschiedene Stadien unterscheiden kann: 1. Rundzelleninfiltration, 2. typische tuberkulöse Entzündung, welche 3. sich mit Nekrose und Perforation der Speiseröhrenwand verbinden kann. Ferner, dass die Heilung stattfindet durch 1. Bildung einer Narbe, 2. Retraktion der Wandränder um die Narbe und 3. durch proliferierendes Wachstum des Epithels in den Perforationskanal hinein in Fällen, wo eine Perforation stattgefunden hatte.

Ferner wurden 51 Fälle von Traktionsdivertikeln mittels Serienschnitts mikroskopisch untersucht. In fast allen Fällen fand man das Divertikel zu tuberkulösen Lymphdrüsen adhärent. Auch in den wenigen Fällen, wo die Tuberkulose nicht nachgewiesen werden konnte, war die pathologische Struktur mit der Annahme eines tuberkulösen Ursprungs nicht unvereinbar.

Der oben erwähnte Heilungsprozess wurde in den Fällen von Divertikelbildungen wieder gefunden. Als besonders charakteristisch wurde erwähnt, dass die Muskelwand im Oesophagus am häufigsten der Wand des Divertikels folgte und in Bündeln ganz bis zu den Lymphdrüsen verfolgt werden konnte. Ferner wurden verschiedene Formen von Proliferation des Epithels vorgefunden, wodurch kleine runde epithelbekleidete Kavitäten oder Epithelinseln im Bindegewebe unter dem Divertikel gebildet wurden, und schliesslich fand man Dilatationen mit unterminierten Rändern, aber ohne Traktion, wo es sich wahrscheinlich um eine Ausheilung, Epithelialisierung tuberkulöser Ulzerationen handelte.

In den meisten Fällen ist das Divertikel vermutlich das Resultat einer Perforation einer Drüse in den Oesophagus hinein. Das proliferative Wachstum des Epithels — oft mit Traktion von aussen verbunden — muss in diesen Fällen als der pathogenetische Faktor betrachtet werden. In einer kleineren Anzahl von Fällen, wo keine Perforation stattgefunden hat, rührt die Divertikelbildung ausschliesslich von der Traktion her.

Der Verf. meint, dass die Traktionsdivertikel immer der Tuberkulose zuzuschreiben sind, und speziell meint der Verf., dass sie nicht, wie bisher angenommen, von Anthrakose verursacht werden können; es ist nämlich nie beobachtet, dass Anthrakose in den Lymphdrüsen Zusammenwachsen zwischen diesen und dem Oesophagus verursacht hat.

Die Traktionsdivertikel sind am häufigsten unter der Bifurkation und hier am häufigsten in der rechten Seite des Oesophagus vorgefunden; jedoch findet man sie auch häufig über der Bifurkation und dann immer in der linken Seite des Oesophagus; die Lage erklärt sich aus dem anatomischen Verhältnis der Lymphdrüsen zum Oesophagus (unter der Bifurkation finden sich die Drüsen längs des rechten Kopfbronchus, während die Trachea die rechtsseitigen Drüsen über der Bifurkation von dem Oesophagus trennt).

Die Traktionsdivertikel geben nur selten klinische Symptome, hin und wieder kann in den Divertikeln Krebs sich entwickeln. Der Verf. hat so unter 40 Fällen von Carcinoma oesophagi 4 Fälle gefunden, wo es sich nachweisen liess, dass der Krebs vermutlich in einem Traktionsdivertikel entstanden war.

Da die Traktionsdivertikel tatsächlich immer von der Tuberkulose herrühren, schlägt der Verf. vor, sie „Tuberkulosedivertikel" zu nennen. R. LUND.

60) **Küttner** (Breslau). **Gelungene Oesophagusresektion wegen Karzinoms vom Halse aus mit breiter Eröffnung der Pleura und intrapleuraler Versorgung des unteren Oesophagusstumpfes.** Aus der chir. Klinik Breslau. *Zentralbl. f. Chir. Nr. 24. 1921.*

53jähr. Frau. Die Operation wurde nach Sicherstellung der Diagnose durch Oesophagoskopie und Probeexzision und nach Gastrostomie in Ueberdruck ausgeführt. Heilung trotz vorübergehendem Pneumothorax und beiderseitiger Postikuslähmung, die die Tracheotomie benötigte. Die Trachealkanüle konnte bald wieder entfernt werden. DREYFUSS.

61) **Cornel v. Massari** (Wien). **Zur Entfernung von tiefsitzenden Fremdkörpern der Speiseröhre vom eröffneten Magen aus.** *Zentralbl. f. Chir. Nr. 30. S. 1077 1921.*

17jähr. Mädchen, das eine Pflaume mit dem Kern gegessen und verschluckt hatte. Seit 62 Stunden Unmöglichkeit weiter zu schlucken. Bei Bougierung und Röntgendurchleuchtung zeigte sich der Kern 33 cm hinter der Zahnreihe. Münzenfänger erfolglos. Eröffnung des Magens. Der Kern konnte wohl gefühlt, aber nicht mit der Zange gefasst werden, da er die Schleimhaut, die ihn fest umklammerte, prolapsartig vorwölbte und die Zange stets die Schleimhaut fasste 2stündige vergebliche Versuche. Exitus am folgenden Tage. DREYFUSS.

62) **Gottfried Boehm. Der Kardiospasmus mit Ektasie der Speiseröhre und seine Behandlung.** Aus der II. med. Klinik München. *Arch. f. klin. Med. Bd. 136. S. 358. 1921.*

Beschreibung von 6 Fällen mit Oesophagusdilatation, die unter Röntgenschirm mit Kontrastbrei längere Zeit beobachtet wurden. Es wurden mit einer Reihe von Medikamenten Versuche gemacht, den Speisebrei rascher nach dem Magen zu befördern, z. B. mit Atropin, Pilokarpin, Adrenalin, Asthmolysin, Beta-Tetrahydronaphthylamin, Papaverin, Chelidonin, Nitriten, Apomorphin, ferner mit Reizkost, Magendehnung, Hypnose.

Das einzige Medikament, welches eine — allerdings nur vorübergehende — Wirkung hatte, war Adrenalin. — Füllung des Magens mittels eingeführter Sonde hatte auch zur Folge, dass der nachträglich in den Oesophagus eingebrachte Kontrastbrei rascher sich entleerte. Der Verf. kommt zum Schluss, dass es sich nicht um einen eigentlichen Spasmus handelt, sondern um eine Störung des Oeffnungsreflexes der in der Ruhe stets geschlossenen Kardia. Die Schmerzen rühren nicht von der Kardia her, sondern sind verursacht durch die krampfhaften Bewegungen des Oesophagus. Die Grundlage für das Leiden liege wahrscheinlich in einer Erkrankung des nervösen Plexus der Speiseröhrenwand oder des von Openchowski (Zentralbl. f. d. med. Wiss., 1883) zuerst beschriebenen Ganglienhaufens. Die Muskulatur des Oesophagus war in allen Fällen funktionstüchtig. Psychotherapie oder die Operation nach Sauerbruch-Stierlin (Jahreskurse f. ärztl. Fortbild., Dez. 1918) hält er für die zwei zu wählenden Behandlungsmethoden.

DREYFUSS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **L. Hofbauer,** Atmungs-Pathologie und -Therapie. Berlin 1921. Jul. Springer.

Ein ausserordentlich fleissiges, aber, wie Ref. erscheint, das Thema doch nicht völlig erschöpfendes Werk. Hofbauer behandelt zuerst die physiologischen Grundlagen der Atmungspathologie und geht dabei ausführlich sowohl auf die statischen als auch auf die chemischen Bedingungen der Atmung ein. Besonders interessant sind dann die Erörterungen über die Störungen der Atembewegungen. Jede Atemstörung ändert das Verhältnis von Einatmung und Ausatmung. Es folgt dann die Besprechung des gestörten Chemismus der Atmung, wobei besonders auf die Erörterungen über die Beziehungen der inneren Sekretion zu den Atemstörungen aufmerksam gemacht werden muss. Hofbauer geht dann des weiteren auf den Einfluss der Atemstörungen auf die einzelnen Organgruppen ein und zwar betrachtet er, welche Veränderungen durch Atemstörungen an den einzelnen Organen zustande kommen und sodann umgekehrt, welchen Einfluss Erkrankungen der Organgruppen auf die Atmung ausüben. Das sehr grosse eigenen Erfahrungen und einem tiefgründigen Studium der Literatur entstammende Material ist ausserordentlich umfangreich und muss auf das Studium des Werkes selbst hingewiesen werden.

Uns interessiert am meisten die Betrachtungen über die Luftwege. Nicht ganz klar ist mir gewordeu, was H. unter habitueller Mundatmung versteht. Es kann sich doch da nur um Mundatmung handeln, die bestehen geblieben ist auch nach Beseitigung eines Hindernisses der nasalen Atmung. Schon mein alter Lehrer Traube betonte stets, die Mundatmung zeige, dass die Atmung durch die Nase gestört sei. Sehr häufig handelt es sich aber gar nicht um wirkliche Mundatmung, sondern um rein nervöse Empfindungen, was H. nicht erwähnt. Oft genug passiert es ja, dass Leute mit atrophischer Rhinitis und völlig freier Nase, die auch unbeobachtet nasal atmen, angeben, sie bekämen keine Luft durch die Nase. In betreff des ungünstigen Einflusses der Mundatmung dürften wohl alle Rhinologen mit H. übereinstimmen. Seine Ansichten über Asthma und ähnliche Erkrankungen werden aber gewiss von manchem angezweifelt werden. Wenn H. das „Heuasthma“ als „Folge des wegen der Mundatmung leicht begreiflichen Eindringens von Blütenstaub in die tieferen Luftwege“ erklärt, so übersieht er, dass das „Heufieber“ doch in der Mehrzahl aller Fälle zuerst auf der Schleimhaut der Nase und der Konjunktiva Erscheinungen macht. Hofbauer erörtert zwar, betont aber zu wenig die zweifellos nervöse Disposition der Asthmatiker.

Sehr interessant ist die kritische Darstellung der verschiedenen Methoden der Atmungstherapie. Er warnt sehr energisch vor unrichtiger Anwendung der Inhalationen. Man müsse den Patienten ruhig atmen lassen, und verstärktes „Einziehen“ namentlich durch den Mund streng vermeiden. — Bemerkenswert sind auch seine Erörterungen über künstlichen Pneumothorax, Atemübungen, Bauchatmen usw. Sehr interessant sind seine Vorschläge über die „Summübungen“, der von ihm konstruierte „Exspirator“ ist für die praktische Verwendung etwas kompliziert; von den Summübungen, besonders wenn sie später fortgesetzt werden („Summen im Geist“), hat er sehr Gutes gesehen.

In dem Buche Hofbauers werden mannigfache Anschauungen erörtert und Methoden empfohlen, die von den üblichen sehr abweichen. Wenn auch vieles davon allgemeinere Zustimmung nicht finden dürfte, so wird die Lektüre des geistvollen, wenn auch sehr einseitigen Werkes für jeden Arzt, besonders aber für jeden sich mit Atmung fachlich beschäftigenden Arzt ausserordentlich lehrreich und anregend sein.

Was die Ausstattung betrifft, so genügt zu sagen, dass das Buch bei Jul. Springer erschienen ist. P. Heymann.

---

b) Section of Laryngology. Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 2. Mai 1919.

Vorsitzender: James Donelan.

Dawson demonstriert einen 39jährigen Mann mit Sarkom der Tonsille, der mittels Operation und nachfolgender Radiumapplikation behandelt wurde.

H. L. Whale: Hypophysistumor mittels Dekompression der Sella behandelt.

Die Symptome waren zunehmende Lethargie und Kopfschmerzen; die Röntgenaufnahme zeigte Erweiterung und Vertiefung der Sella. Es bestand ferner

Optikusatrophie und bitemporale Hemianopsie. Es wurde Zugang zur Hypophysis mittels der Moureschen Operation geschaffen und etwas endotheliomatöses Gewebe entfernt. Patient besserte sich, die Lethargie und Kopfschmerzen verschwanden.

Tilley hält ebenfalls die laterale Rhinotomie für die beste Methode.

Irwin Moore: Adhäsionen und Kontraktion der Gaumenbögen als Folge der Enukleation der Tonsillen.

Bei der Operation waren die Gaumenbögen nicht verletzt worden, jedoch hat die nachfolgende Kontraktion und Adhäsion derselben zufolge, dass Pat. nicht mehr singen kann, da sie die hohen Töne nicht hervorbringen kann.

Cyril Horsford glaubt, dass der Schaden durch Stimmschulung behoben werden kann.

Moore ist der Ansicht, dass nach der Enukleation die Gesangstunden aufgenommen werden sollen, um die Gaumenmuskeln zu üben und so einer Kontraktion vorzubeugen.

Norman Patterson: Zwei erfolgreich mit Diathermie behandelte Fälle von Rachenepitheliom.

Tilley bemerkt, dass die Resultate ausgezeichnet seien und dass weniger Schock und Blutverlust vorhanden sei als bei den üblichen chirurgiscken Methoden.

Dawson: Tumor der Zungenbasis.

Harte lappige Schwellung; die Symptome bestanden in Schluckbeschwerden und Stimmveränderung.

Dundas Grant hält den Tumor für ein Endotheliom, für eine Schilddrüsengeschwulst sei sie zu unregelmässig.

Dawson betrachtet den Tumor als eine aberrierende Struma.

E. D. Davis berichtet über einen ähnlichen, jedoch weiter vorgeschrittenen Fall, in welchem komplette Ophthalmoplegie und Blindheit bestand.

Jobson Horne: Diese Geschwülste sind nicht maligne im gewöhnlichen Sinne, sie töten nicht durch Metastasenbildung, sondern durch direkte Ausbreitung.

Bei Besprechung der Frage, ob Radiumbehandlung angezeigt sei, sagt Tilley, dass er niemals ein Epitheliom darunter habe heilen sehen, dass aber, je mehr das Gewebe sich dem embryonalen Typus annähere, desto bessere Resultate mit Radium erhalten werden.

W. M. Mollison: Sarkom der Tonsille.

22jähriger Mann leidet seit 9 Monaten an Neuralgie der Oberlippe und Schwellung am Halse. In der rechten Tonsillarregion eine derbe Schwellung; der Nasenrachen ist verlegt, im Kieferwinkel ein Drüsenpaket. Wassermann positiv, jedoch keine Besserung nach Salvarsan. Er hält trotz des Wassermanns den Fall für einen malignen Tumor.

E. D. D. Davis: Ausgedehnter Lupus.

Die Erkrankung begann im Larynx, hat sich auf die Nase und später auf die Alveole und Gaumen ausgebreitet.

G. W. Dawson: Chronische Osteomyelitis des Oberkiefers dentalen Ursprungs.

Ein grosser Sequester des rechten Alveolus wurde entfernt und die Caldwell-Lucsche Operation gemacht.

Sitzung vom 6. Juni 1919.

Herbert Tilley: Grosses submuköses Lipom des Gaumens und Pharynx.

Der Tumor wurde bei einem 15jährigen Mädchen entfernt. Das Aussehen erinnerte an eine Peritonsillitis, jedoch war die Schleimhaut normal. Der Tumor war derb und drängte die Tonsille nach unten. Die Technik der Entfernung war dieselbe wie bei der Enukleation; es wurde die präliminare Laryngotomie gemacht. Die Blutung war gering.

Norman Patterson hat ein retropharyngeales Lipom gesehen, das irrtümlich für einen Retropharyngealabszess gehalten wurde.

Tilley: Vereiterte Dermoidzyste.

Die Zyste wurde von der unteren mittleren Partie der Stirn entfernt.

Jobson Horne demonstriert ein Präparat einer Kehlkopfzyste.

Stuart-Low empfiehlt Galvanokaustik als beste Behandlung.

Sitzung vom 7. November 1919.

Vorsitzender: E. B. Waggett.

Dan Mackenzie: Langwierige und hartnäckige funktionelle Aphonie.

Junge Frau, die durch Hypnose geheilt wurde, nachdem alle üblichen Methoden fehlgeschlagen hatten.

Stuart-Low meint, dass in diesem Falle die Patientin anästhesiert wurde und dass dies vielleicht mehr zur Heilung beigetragen habe als die Hypnose.

Herbert Tilley: Intratrachealer Tumor durch perorale Tracheoskopie entfernt.

Pat. hatte 1918 eine Gasvergiftung durchgemacht, litt an zunehmender Dyspnoe und schliesslich an Husten und Blutspeien. Die Geschwulst konnte bei Killianscher Stellung mittels des Kehlkopfspiegels gesehen werden. Sie sass am Uebergang von Trachea zum linken Bronchus und war gestielt.

Shattock betrachtet den Tumor als ein papilläres Granulom, das sich wahrscheinlich auf dem Boden eines durch die Gaseinatmung entstandenen Ulkus entwickelt hat.

Jobson Horne hält den Tumor für ein Papillom, das schon vor der Gasvergiftung da war.

Irwin Moore: Die Blutung machte die Operation sehr schwierig; das Eindringen von Blut in die Lungen wurde verhütet durch die Anwendung der intratrachealen Anästhesie mittels des Kellyschen Apparates, indem der Katheter über die Geschwulst hinaus geführt wurde. Primäre Geschwülste der Bifurkation sind sehr selten; es sind in der Literatur nur neun benigne Geschwülste dieser Gegend erwähnt.

In Erwiderung auf Horne bemerkt Shattock, dass vor der Gasvergiftung der Pat. keinerlei Anzeichen von Trachealobstruktion hatte.

James Donelan: Zungenkarzinom mit sekundären Drüsen mit Kupferaminoproponiat behandelt.

65jähriger Mann mit grossem inoperablem Karzinom. Es wurde nach Empfehlung von Shaw Mackenzie behandelt mittels Einspritzungen von Kupferaminoproponiat; es trat erhebliche Besserung ein. D. meint, diese beruhe auf Verminderung der entzündlichen Zone, die das Krebsgewebe umgibt.

Irwin Moore hat in ähnlichen Fällen Besserung gesehen bei Anwendung von Kupferkolloid.

W. M. Mollison: Fall von latentem doppelseitigen Stirnhöhlenempyem mit Expansion der Höhlen nach einer drei Jahre vorher empfangenen Schusswunde.

Howarth nimmt an, dass die Latenz, d. h. das Fehlen der nasalen Symptome dadurch zu erklären sei, dass der Ductus nasofrontalis durch Narbengewebe blockiert ist. Eine Mukozele oder Pyozele der Stirnhöhle wurde dadurch hervorgerufen.

Sitzung vom 5. Dezember 1919.

W. M. Mollison: Fibrom der aryepiglottischen Falte mittels Schwebelaryngoskopie entfernt.

40jähriger Mann. Grosse glatte kugelige Schwellung von etwas blasser Schleimhaut bedeckt. Gelegentliche Erstickungsanfälle; der Tumor wurde mit etwas Schwierigkeit entfernt; er hatte die Grösse eines Taubeneies. Mikroskopisch erwies er sich als Fibrom mit hyaliner Nekrose.

Irwin Moore: Vergrösserte und erkrankte Tonsillen, mittels Applikationen von Aetzpaste (Londoner Paste) zerstört.

Fünf Applikationen in 3 Monaten. Erhebliche Schrumpfung der Tonsillen ohne Verschluss der Krypten und Bildung von Narbengewebe.

William Hill: Multiple Polypen (ödematöse Fibrome) des mittleren Drittels des Oesophagus.

26jähriger Mann; im Mai 1919 Dysphagie; Stenose infolge einer grossen Schwellung der rechten Wand im mittleren Drittel der Speiseröhre. Mikroskopische Untersuchung des Gewebes ergab normale Struktur der Speiseröhre und Zeichen von Entzündung. Es wurde Sarkom des Mediastinum vermutet. Radiumbromidemanationen wurden ohne Erfolg angewandt. Zunehmender Gewichtsverlust. Im September 1919 war die ursprüngliche neoplastische Schwellung grösser und unter ihr waren drei grosse fleischfarbene Polypen und einige kleinere Schleimpolypen sichtbar. Untersuchung der entfernten Tumoren zeigte die Struktur gewöhnlicher Schleimpolypen. H. bittet um Rat wegen der Weiterbehandlung.

Die Diskussion bewegt sich um die Frage, ob die Gastrotomie ratsam ist oder ob Symondscher bzw. Hillscher Nährschlauch eingeführt werden soll. Eine Anzahl von Rednern betonen die unbefriedigenden Resultate einer Spätgastrotomie; die Gastrotomie sei nur zu billigen, wenn sie früh vorgenommen wird.

William Hill: Fischgräte, die den Constrictor inferior durchbohrt hat und einen tödlichen Abszess im hinteren Mediastinum verursacht hat.

Die 38jährige Pat. wurde 3 Wochen, nachdem der Fremdkörper sich eingespiesst hatte, untersucht. Ein grosser peripharyngealer bis ins hintere Mediastinum reichender Abszess wurde bei der endoskopischen Untersuchung eröffnet. Tod infolge Septikämie und Herzschwäche. Es fand sich eine Perforation in der hinteren Wand des Hypopharynx.

Douglas Guthrie: Ein Hammelknochen im Larynx eingekeilt; Entfernung mittels Kriko-Tracheotomie.

10jähriger Knabe. Während die Entfernung in Schwebelaryngoskopie versucht wurde, trat eine solche Störung der Atmung ein, dass tracheotomiert werden musste. Zwei Tage darauf wurde die Wunde nach oben durch den Ringknorpel erweitert und der Knochen entfernt; es resultierte keine Stenose.

H. Bell Tawse: Ueberzähliges Nasenloch und Nasenhöhle auf der rechten Seite.

Weibliches Zwillingskind; der andere Zwilling war ein Anenzephalus.

Sir St. Clair Thomson: Spontane Vernarbung einer ausgesprochenen Kehlkopftuberkulose unter ausschliesslicher Allgemeinbehandlung.

42jährige Frau, bei der sich April 1918 eine ulzerierte Infiltration der Hinterwand fand. Sie hatte Lungentuberkulose mit Sputum 7 Jahre vorher. Der Kehlkopf heilte völlig unter Schweigekur.

G. W. Dawson: Angiofibrom des Nasenrachenraums.

$13^1/_2$jähriger Knabe. Der Tumor hatte zu einer Auftreibung der linken Wange geführt, kam zum Nasenloch heraus und reichte nach unten in den Pharynx; Entfernung durch Mund und Nase nach vorgängiger Laryngotomie. Rezidiv nach 9 Monaten, Behandlung mittels zweier Insertionen von Radium. Die Anwendung hatte keinen günstigen Effekt. Es wurde eine Operation von aussen vorgenommen; der grösste Teil des Oberkiefers war verschwunden. Heilung.

Dundas Grant: Angeborener Verschluss der linken Choane.

Die Atresie war in der Hauptsache knöchern, nur die zentrale Partie war fibrös. Der Kanal wurde wiederhergestellt, indem der hintere Teil des Septums entfernt und der Knochen fortgemeisselt wurde.

Jobson Horne: Demonstration eines Präparates von einem Papillom der Bifurkation der Trachea.

W. M. Mollison: Melanosarkom der Nase.

43jährige Frau. Ein dunkelroter Tumor nahm die linke Nasenhöhle ein; mikroskopische Untersuchung ergab Melanosarkom. Laterale Rhinotomie nach Moure. Heilung.

(Nach The Journal of Laryngology and Otology.)

c) Kombinierte Sitzung der Section of Anaesthetics und Section of Laryngology.

Vorsitzender: Llewelyn Powell.

Diskussion über Narkose bei Hals- und Nasenkrankheiten.

F. S. Rood: Das geeignete Narkotikum für Operationen in Hals und Nase ist der Aether. Es gibt zwei Grade von Narkose: bei der tiefen Narkose sind alle Reflexe von seiten des Pharynx und Larynx erloschen; bei der leichten Narkose besteht allgemeine Muskelerschlaffung, die Atmung ist regelmässig, jedoch bleiben gewisse Reflexe erhalten.

Die Operationen in Nase und Hals stehen im Gegensatz zu allen anderen durch den Umstand, dass Blut direkt in die Luftwege fliessen kann. Es gibt drei Möglichkeiten, dies zu verhüten: Anwendung der leichten Narkose, wodurch dem Patienten gestattet wird, das Blut auszuhusten; Abschliessung der Nasenhöhle vom Rachen durch einen gutsitzenden postnasalen Tampon mit gleichzeitiger Anwendung von einer der zahlreichen Arten von mechanischen Atmungsrohren und drittens die intratracheale Aetherinsufflation.

Was speziell die Narkose bei Operation der Tonsillen und Adenoiden anbetrifft, so gibt es vom Standpunkt des Narkotiseurs zwei Methoden der Tonsillenoperation, eine mit leichter, die andere mit tiefer Narkose. Die erstere oder Schnellmethode besteht in der Entfernung der Tonsillen mit der Guillotine, wobei der Patient auf dem Rücken liegt oder aufrecht sitzt. Die tiefe Narkose erfordert mechanische Mittel, um das Blut von den Luftwegen fern zu halten. In vorliegendem Falle wird dies dadurch erreicht, dass die Schulter des Patienten auf einen Sandsack gelagert und der Kopf so weit nach hinten gebeugt wird, dass Brust, Stirn und Kinn in einer geraden Linie liegen. Für direkte Untersuchung von Kehlkopf, Trachea und Oesophagus mittels Röhren ist eine tiefe Narkose wesentlich.

William Hill hält für eine schnelle Narkose bei Tonsillenoperationen das Chloräthyl für geeignet.

Silk: Die Periode der Aetherzuführung kann abgekürzt und die Menge herabgesetzt werden, in dem man 3 pCt. Chloroform dazusetzt. Die Kombination hat ferner den Vorteil, dass dadurch die kongestive Blutung herabgesetzt wird.

Sir William Milligan bedient sich der Kuhnschen peroralen Tubage bei allen möglichen Gelegenheiten; sie schliesst jede Gefahr eines Bluteintritts in die Luftwege aus, wenn richtig tamponiert wird. Er macht auf die grosse Gefahr aufmerksam, die dadurch entsteht, dass man bei allgemeiner Narkose Adrenalin in die Gewebe spritzt.

Boyle berichtet über Kombination verschiedener Narkotika und die Reihenfolge ihrer Anwendung. Gas—Oxygen—Chloroform wird bei Diathermie-Operationen gebraucht.

Brown Kelly verwendet bei Adenoid- und Tonsillenoperationen Bromäthyl in sitzender Stellung.

Section of Laryngology,
vom 6. Februar 1920.
Vorsitzender: G. B. Waggett.

Firmis Cuthbert: Adeno-Fibro-Myxom der Nase und des Nasenrachens, durch laterale Rhinotomie entfernt.

30jähriger Mann, wurde August 1917 untersucht, hatte einen grossen Tumor, der beide Nasenhöhlen, Kiefer- und Stirnhöhlen einnahm, ein grosser Teil von ihm reichte gegen den Keilbeinkörper. Bei der Operation fand sich ein Ausläufer des Tumors in der Stirnhöhle, der auf der Dura mater lag. Der Tumor wurde aus allen Höhlen ohne Schwierigkeiten ausgeschält, nachdem zuerst die Carotis extern. temporär unterbunden, die Laryngotomie gemacht und der Pharynx tamponiert war,

Horace Law: Pharynxdivertikel, Bericht über 2 Fälle.

1. 57jähr. Mann; es begann damit, dass Pat. ein Gurgeln beim Schlucken von Flüssigkeiten und eine ungewöhnliche Ansammlung von Speichel im Munde bemerkte; beim Schlucken von Fleisch gelegentlich Anfälle von Singultus. Röntgenuntersuchung und Bariummahlzeit zeigten, dass sich eine Tasche mit Barium füllte, worauf sich das Barium entleerte und die Speiseröhre hinabging. Der Mund der Tasche war am unteren Rand der Ringknorpelplatte und etwas nach links von der Mittellinie. Die Tasche wurde unterbunden und exzidiert.

II. 70jähr. Frau. Das einzige Symptom war ständige Speichelansammlung. In diesem Falle beruhte das Symptom darauf, dass ein Stück Kohlstrunk 7 mm lang in den Mund einer sehr kleinen Tasche eingekeilt war; es hatte sich Granulationsgewebe gebildet, so dass es wie ein Krebsfungus aussah. Nach Entfernung des Fremdkörpers fühlte sich die Pat. als normal.

Lawson Whale: Peritheliom (Alveolarsarkom) des Stirnbeins.

54jähr. Mann mit harter Anschwellung in der Gegend der linken Augenbraue, durch die der Augapfel nach aussen und unten verdrängt wurde. Dauer seit drei Jahren. Bei der Operation zeigte sich, dass die Geschwulst sich längs des Orbitaldaches ausbreitete und die Aussenwand der Stirnhöhle erodiert hatte, ohne sie zu perforieren. Der affizierte Teil des Sinus wurde mitsamt dem Tumor entfernt.

C. W. M. Hope: Maligne Erkrankung des Oberkiefers; laterale Rhinotomie.

Der Tumor — ein Epitheliom — nahm das linke Antrum und den Oberkiefer, sowie das Siebbein — letzteres war die Ursprungsstelle —, ferner den Orbitalboden, das Jochbein und die Weichteile der Pteryngoidregion ein. Der Tumor wurde mittels Mourescher Operation entfernt und mit Radium und Röntgen nachbehandelt.

Coubro Potter und Marrian Perry: Aktinomykose (?) der Tonsille.

Seit Oktober 1919 Ulzeration der Tonsille; keine Löfflerschen Bazillen, keine Vincentschen Mikroorganismen; keine syphilitischen Erscheinungen; Wassermann

negativ. Später wurde maligne Erkrankung vermutet. Es wurde ein Stück der Tonsille zur mikroskopischen Untersuchung entfernt; es fanden sich typische Kolonien eines Streptothrixorganismus, die in den oberflächlichen Gewebsschichten lagen; das ganze Tonsillengewebe zeigte Zeichen chronischer Entzündung. Eine bestimmte Spezies Streptothrix konnte nicht festgestellt werden. Es sind kürzlich grosse Jodkalidosen gegeben worden.

James Donelan: Zungenkrebs bei einem 65jähr. Mann mit Kupferalanin behandelt.

Der Patient ist bereits in früheren Sitzungen vorgestellt worden. Es scheint, dass die Krankheit zum Stillstand gekommen ist.

Dan M'Kenzie und Douglas Harmer sprechen über die Wirkungsweise des Kupferalanins; sie glauben, dass der Nutzen seiner Anwendung darin besteht, dass der Tumor infolge Zerstörung der spezifischen Organismen sterilisiert wird.

Lionel Colledge: Atrophischer Katarrh der Trachea.

36jähr. Mann. Die Hinterwand der Trachea mit trockenen Borken bis herab zur Bifurkation bedeckt. Bei wiederholten Untersuchungen wurden niemals Borken in Nase, Nasenrachenraum, an den Stimmlippen entdeckt.

G. W. Dawson: Zyste des Nasenbodens.

25jähr. Mädchen; zystische Schwellung am Boden des rechten Naseneingangs, die klare strohgelbe Flüssigkeit enthielt.

H. Buckland Jones: Schnitte von einem Kehlkopfpapillom mit Tendenz zur Malignität mit Rezidiv nach einem Zeitraum von 2 oder 3 Jahren als Epitheliom des andern Stimmbandes.

75jähr. Mann. Ein Schnitt von einem 1913 vom linken Stimmband entfernten Tumor zeigte ein Papillom; ein Schnitt von demselben Stück wurde als Papillom bezeichnet, das epitheliomatös geworden; Schnitte von dem 1916 auf dem rechten Stimmband aufgetretenen Tumor wurde als sicheres Epitheliom bezeichnet.

(Nach Journal of Laryngology and Otology.)

---

d) Neunte Jahresversammlung der Vereinigung schweizerischer Hals- und Ohrenärzte in Luzern,

vom 18. und 19. Juni 1921.

I. Geschäftssitzung.

Als Ort der nächsten Jahresversammlung wird Genf gewählt.

II. Wissenschaftliche Sitzung.

1. F. R. Nager (Zürich): Zur Klinik der endemischen Schwerhörigkeit.

2. E. Oppikofer (Basel): **Mikroskopischer Befund bei 45 Fällen nervöser Schwerhörigkeit der Basler Ohrenklinik.**

3. Ulrich (Zürich) stellt einen 22jährigen Patienten vor mit **Mittel- und Innenohrschwerhörigkeit**, Vestibularläsion, sowie partieller Glossopharyngeus- und Vaguslähmung derselben Seite, entstanden im Anschluss an Schädeltrauma. Es handelt sich zweifellos um einen der seltenen Fälle von Schädelbasisfraktur mit Verlauf der Frakturlinie vom Tegmen tympani bis zum Foramen jugulare.

4. Nager (Zürich) demonstriert einen 14jährigen Patienten mit Fragilitas ossium, doppelseitiger Otosklerose, auffallend blauen Skleren und Ozäna. Die Otosklerose findet sich also hier als Begleiterscheinung eines konstitutionellen Knochenleidens, was uns den Gedanken nahe legt, die Aetiologie der Otosklerose in einer schon bei der Geburt einsetzenden Abnormität des Knochenwachstums zu suchen.

5. Frey (Montreux): Abcès et phlegmon du larynx.

Kasuistische Mitteilung über vier Fälle von Abszessbildung und einen Fall von Phlegmone des Larynx. 3 Fälle geheilt, 2 gestorben.

6. Chr. Schmidt (Chur): Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii mit unstillbarem Nasenbluten, geheilt durch Koagulen.

Junger Mann mit profusem Nasenbluten beiderseits. Jodoformgazetamponade und Gelatine brachten momentane Besserung, nach einigen Stunden neuerdings Blutung und Kollaps. Exzitantien und Kochsalzinfusion, andern Tags neuerdings Blutung durch die feste Tamponade hindurch, Auftreten zahlreicher Petechien am Rumpf und an den Schleimhäuten mit z. T. grossen Blutblasen. Abermaliges Nasenbluten machte erneute Tamponade nötig, zugleich wurde Koagulen intravenös gegeben. Unter wiederholten Koaguleninjektionen andauernde Besserung und Ausgang in Heilung.

7. Minder (St. Gallen): Demonstrationen:

a) Eine Anzahl mittels der direkten Methode entfernter Fremdkörper des Oesophagus und der oberen Luftwege.

b) Ein zur Vernebelung von Medikamenten wie Eukalyptusöl, Menthol oder Terpentin usw. geeigneter Apparat, zu beziehen durch das Sanitätsgeschäft Hausmann (St. Gallen).

Diskussion:

Siebenmann hält die Verwendung 10proz. Menthollösungen für nicht ganz unbedenklich, es sind schon Vergiftungen nach Mentholapplikation beschrieben worden.

Schmidt berichtet über sehr gute Erfolge bei Verwendung eines ähnlichen, von Spiess (Frankfurt) angegebenen Apparates. Er rühmt vor allem das Glyzerenan. Bedenken gegen Verwendung 10- und mehrprozentiger Menthollösungen sind unbegründet, da sehr kleine Mengen zerstäubt werden.

Hug frägt an, ob Erfolge auch bei Asthma bronchiale beobachtet worden sind, was Schmidt bejaht, wenigstens leichten Fällen gegenüber.

8. Gallusser (St. Gallen): Kosmetische Nasenoperationen.

Es werden zahlreiche Photographien nach dem Verfahren von Joseph erfolgreich operierter Patienten demonstriert und bespricht der Vortragende vor allem das Vorgehen bei Sattel- und Höckernase.

Diskussion:

Oppikofer frägt an, ob die Operationsmethoden von Joseph an anderer Stelle eingehender publiziert worden sind, als es im Handbuch von Katz geschehen ist, was Gallusser verneint. Oppikofer empfiehlt den queren Hautschnitt über den Nasenrücken, er erleichtert uns das Arbeiten ungemein und verheilt anstandslos und ohne sichtbare Narbe.

Siebenmann hat einmal mit Erfolg eine Hypertrophie der Nase nach dem von Joseph angegebenen Verfahren operiert, ausserdem zahlreiche Höckernasen.

Hug frägt den Vortragenden an, ob seine Fälle immer glatt geheilt sind ohne Komplikationen, was Gallusser bejaht.

9. Hug (Luzern): Laryngeale Aktinomykose:

a) Ein deutscher Kriegsgefangener, der in Frankreich wegen zunehmender Heiserkeit und Oedem des Larynx, Hustenreiz mit Erstickungsanfällen tracheotomiert und nach der Schweiz evakuiert worden war, wies eine phlegmonöse Schwellung des Zungenbeins, Rötung und Schwellung der ganzen Epiglottis und des Stimmbandes auf. Wassermann-Reaktion negativ. Im Inzisionseiter Aktinomyzespilze. Unter Jodkali kam es zu Sequesterbildung. Pat. starb dann später an einer Pneumonie; die Sektion wies auch Aktinomykose der Lungen nach.

b) 9jähriger Knabe mit schmerzender Anschwellung an einem Kieferwinkel und einer derben Schwellung im Ringknorpelgebiet. Der Larynx zeigte das Bild einer Laryngitis sicca. Die Probepunktion ergab Aktinomyzesfäden. Jodkali und Röntgenbestrahlung brachten völlige Heilung, ein Rückfall bis jetzt nicht nachweisbar.

Diskussion:

Siebenmann kann sich nicht erinnern, eine endolaryngeale Aktinomykose gesehen zu haben, wohl aber solche im Gebiete des Pharynx.

Laubi sah eine Aktinomykose des Kieferwinkels unter Jodkali ausheilen.

10. Siebenmann (Basel): Demonstration mikroskopischer Bilder.

Es werden die Originalpräparate der s. Z. in den Arbeiten von Hoessli und Yoshii reproduzierten und beschriebenen Serienschnitte durch die Meerschweinchenschnecke demonstriert und besprochen. Die Veränderungen, wie sie der Ductus cochlearis und vor allem das Cortische Organ aufweisen, nachdem verschiedene Traumen wie Schiessen, Sirenen, reine Töne kürzere oder längere Zeit auf das Ohr eingewirkt haben, sind an den projizierten histologischen Schnitten ausgezeichnet zu erkennen, und es bilden die von Siebenmann und seinen Schülern gemachten diesbezüglichen Erfahrungen eine glänzende Bestätigung der Hypothese von Helmholtz über den Hörakt.

11. **Brun** (Luzern) (als Gast): **Ueber das Schicksal eines nach Girard invaginierten Pulsionsdivertikels des Oesophagus.**

Der Vortragende berichtet über 3 in letzter Zeit operierte Fälle von Divertikelbildung im Oesophagus. Bei den beiden ersten wurde der Sack freigelegt und mehrfache Etagennaht angelegt, Ausgang in Heilung. Bei dem letzten Falle, einem 73jährigen Patienten, wurde das 5 cm lange und 2 cm breite Gebilde in den Oesophagus invaginiert, Heilung, Entlassung nach 6 Tagen. Ein Vierteljahr später wies die endoskopische Untersuchung das eingestülpte Divertikel als bohnengrosses Gebilde im Oesophagus nach. Patient war beschwerdefrei. Ein halbes Jahr später starb Patient an den Folgen eines Morb. Addisonii, das vorliegende Leichenpräparat zeigt die geradezu idealen Verhältnisse, welche die Operationsmethode nach Girard gibt.

12. **Barraud** (Lausanne): **Invalidité par paralysie récurrentielle.**

B. schildert den Symptomenkomplex der einseitigen Rekurrenslähmung, wie sie uns hie und da nach Strumektomie vor Augen tritt. Er geht ausführlich auf alle subjektiven und objektiven Erscheinungen genannten Leidens ein und kommt zum Schlusse, dass je nach Umständen bis zu 30 pCt. Invalidität angenommen werden muss.

Diskussion:

Oppikofer hält die Schätzung von Barraud zu hoch im Verhältnis zur Entschädigung einseitiger Taubheit, auch dürften verschiedene der von Barraud aufgeführten Erscheinungen weniger in der Paralyse des Rekurrens als in einer Begehrungsneurose ihren Grund haben.

Siebenmann und Nager schliessen sich der Ansicht von Oppikofer an und macht Nager die Anregung, es sollen alle Anwesenden in Zukunft genau achten auf die Nachteile, welche einem Patienten aus seiner Rekurrenslähmung erwachsen, auf welche Weise dann für eine der nächsten Versammlungen wertvolles Material geliefert werden könne. Nager selbst fand bisher nur Verlust der Singstimme, aber sogar hier trat im Verlaufe der Jahre eine Angewöhnung ein. Es dürfte sich also für solche Fälle eine Uebergangsrente mit späterer Kontrolle empfehlen, auf jeden Fall ist die Schätzung von Barraud zu hoch.

Laubi weist darauf hin, dass sehr oft nicht nur die Singstimme, sondern auch die Sprechstimme geschädigt ist.

Hug hebt hervor, dass namentlich das psychische Moment bei diesen Fällen berücksichtigt werden muss, es ist oft erstaunlich, wie gering der Funktionsausfall ist bei Patienten, die von ihrer Stimmbandlähmung nichts wissen.

13. **Schlittler** (Basel): **Ueble Zufälle bei der Kieferhöhlenspülung.**
Erscheint in erweiterter Form in einer Spezialzeitschrift.

14. **Fonio** (Langnau) (als Gast): **Atresia oesophagi nach Verätzung.**

Demonstration einer 32jährigen Patientin, welche jahrelang durch eine Magenfistel ernährt wurde wegen totaler Obliteration des Oesophagus. Der Vortragende hat nun in zahlreichen Sitzungen einen künstlichen Oesophagus in

Form eines Hautschlauches aus der vorderen Brustwand gebildet und diesen dann verbunden einerseits mit dem Pharynx, andererseits mit dem Magen unter Zwischenschaltung eines Stückes Kolon. Die Patientin ist in gutem Ernährungszustand und demonstriert die Brauchbarkeit ihrer neuen Speiseröhre, flüssige wie feste Speisen werden anstandslos mit Hilfe der Pharynxpresse in den Magen geführt.

Diskussion:

Nager hat die Patientin vor 8 Jahren gesehen, es bestand damals eine narbige Membran über dem ganzen Pharynx und Larynx und entfernte Nager das Hindernis über dem Larynx, so dass die Atmung wieder frei wurde. Nager hat in Verbindung mit dem Chirurgen eine Anzahl hochgradiger Oesophagusstenosen mit Erfolg dilatiert; sobald es gelingt mittels Endoskopie die feine noch bestehende Oeffnung zu finden, so kommt man mit Geduld und Ausdauer zum gewünschten Ziel. Für überaus wertvoll hält N. die sog. Frühsondierung frischer Fälle, wie sie von Roux eingeführt worden ist.

Barraud: Das Bestreben von Roux ging gerade dahin, zu verhindern, dass solche Fälle, wie der von Fonio demonstrierte, entstehen. Es wird jetzt an der Klinik von Roux die Dauersondierung wochenlang durchgeführt und infolgedessen kam es in letzter Zeit nie mehr zu Stenosen.

Fonio teilt selbstverständlich den von Nager und Barraud bezüglich Behandlung frischer Verätzungen eingenommenen Standpunkt, für Fälle, wie ihn die Patientin darstellt, kommt aber nur noch ein operatives Vorgehen in Betracht.

15. Ulrich (Zürich): Die Anamnese von Begehrungsneurotikern auf dem Gebiet der Ohrenheilkunde.

16. de Reynier (Leysin) demonstriert einen selbst konstruierten Epiglottishalter und bespricht einen interessanten Fall von akuter Mittelohreiterung.

17. Wacker (Basel): Fieber bei akuter Mittelohreiterung.

Schlittler.

---

e) Wiener Laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Februar 1920.

Vorsitzender: Hajek.

Leipen demonstriert einen Fall von umschriebener Hyperplasie der Zunge.

Fein stellt einen 51 jährigen Patienten vor mit Sarkom der rechten Mandel. Radiotherapie, die seit einigen Wochen durchgeführt ist, hat bereits ein vorzügliches Resultat gehabt. Der Tumor ist bisher dreimal mit Radium bestrahlt und hat sich wenigstens um ein Drittel verkleinert; die Drüsen sind nach neunmaliger Röntgenbestrahlung fast ganz verschwunden.

Kofler hat vor einigen Jahren einen Fall gesehen, wo die Erkrankung hauptsächlich die Hinterwand des Epi-, Meso- und Hypopharynx betraf, sich aber auch auf die hinteren Gaumenbögen und Tonsillen erstreckte. Es waren speckig belegte Ulzerationen mit stark infiltrierten, teils hypertrophischen Rändern. Wassermann negativ. Das Ganze machte den Eindruck eines ausgebreiteten gummösen Prozesses. Die histologische Diagnose lautete aber auf „grosszelliges Rundzellensarkom".

Schlemmer: Schlingendraht (Krauseschlinge), drei Jahre im mittleren Nasengang links verkeilt. Chronisches Empyem der Kieferhöhle; Eröffnung der Bulla; Fremdkörperextraktion. Heilung.

Der Patient hatte 1917 infolge einer Verschüttung eine Kieferfraktur erlitten, angeblich wurde ihm endonasal ein Knochensplitter entfernt; im Anschluss daran war ständige Eiterung aus der linken Nasenseite, es bildete sich auch im Oberkiefer eine Fistel; es bestanden heftige Kopfschmerzen. Oktober 1919 kam er mit der Diagnose linksseitige Kieferhöhleneiterung in die Klinik. Starke Schwellung des vorderen Endes der mittleren Muschel, Eiter im mittleren Nasengang; Ausspülung der Kieferhöhle ergibt krümeligen Eiter, Röntgenbild zeigt Verdunkelung der linken Kieferhöhle und des Siebbeins. Ende November Radikaloperation nach Caldwell-Luc; Kieferhöhlenschleimhaut stark hyperplasiert; es ragen zwei Zahnwurzeln in die Höhle hinein. Nach der Operation sistierte die Eiterung, die anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen blieben bestehen. Im mittleren Nasengang blieb stets ein Eiterstreifen bestehen, obwohl die Spülflüssigkeit der Kieferhöhle rein war. Auch Resektion des vorderen Endes der mittleren Muschel brachte kein Nachlassen der Kopfschmerzen. Eine neue Röntgenaufnahme zeigt nun einen auffälligen Befund: Die vorher eingeführte Sonde reicht in die geräumige, nicht verdunkelte Stirnhöhle. In der Gegend des vorderen Siebbeins sieht man einen charakteristischen Schatten, der sofort als Schlingendraht angesprochen wird. Die darauf vorgenommene Eröffnung der Bulla und die damit verbundene gute Freilegung des Hiatus semilunaris zeigte in demselben den Schlingendraht, der mit der Zange gefasst und entfernt wird. Die Kopfschmerzen und die vorher vorhandenen sehr hartnäckigen Niessanfälle verschwanden mit einem Schlag.

Feuchtinger: Durch Röntgenuntersuchung zufällig gefundener Fremdkörper im Siebbein.

Vor 2 Jahren Erkrankung an Kopfschmerzen, es wurde Stirnhöhlenkatarrh diagnostiziert. Röntgenaufnahme zeigte eine Schrotkugel im vorderen oberen Teil des rechten Siebbeins; Siebbein völlig lufthaltig. Daraufhin erinnerte sich Pat. an einen Jagdunfall vor 7 Jahren; dass die Kopfschmerzen mit dem Fremdkörper zusammenhängen, dafür spricht, dass die Beschwerden erst seit 2 Jahren datieren und dass, wie das Röntgenbild und der völlig negative Nasenbefund ergeben, die Kugel ganz reaktionslos eingeheilt ist; für den Zusammenhang spricht, dass die Schmerzen immer auf der rechten Seite auftraten, dass ein immerhin relativ schwerer Fremdkörper nahe der Schädelbasis liegt und dass der Nervenbefund negativ ist. Ob

mit der Entfernung, für die in erster Linie die Eröffnung des Siebbeins von aussen in Frage kommt, der Patient sicher von seinen Beschwerden befreit sein wird, ist fraglich.

Wessely: Ulcus mucosum oris von bisher unbekannter Aetiologie.

Die Patientin wurde bereits in der Dezembersitzung vorgestellt: ein jeder Behandlung trotzendes Geschwür auf der linken Tonsille, das sich langsam fortschreitend über den hinteren Gaumenbogen bis zur Uvula ausgebreitet hatte. Alle Untersuchungsmethoden waren negativ.

Der Zustand hat sich insofern geändert, als in der linken Submaxillargegend sich ein Drüsenpaket gebildet hat, das allmählich kleinapfelgross geworden ist. Wassermann zweimal negativ. Probeexzision aus dem Rand des Mandelgeschwürs ergab ein spezifisches Granulationsgewebe. Es wurde Röntgenbestrahlung eingeleitet. Der Charakter der Lymphdrüsen ist maligne. Vermutlich handelt es sich um Lymphosarkom.

Hajek demonstriert ein Präparat, welches von einer 42jähr. Pat. stammt, die wegen schwerer asthmatischer Beschwerden von der inneren Klinik geschickt wurde, um den Befund der Trachea und Bronchien zu erheben.

Nach vollendeter Kokainisierung ausgesprochener dyspnoischer Anfall; die obere Tracheobronchoskopie zeigt, dass die Trachea ungefähr in der Mitte anfängt komprimiert zu werden und sich nach unten zu einem schmalen sagittalen Spalt verengt. Auffallend ist, dass in einer Distanz von 25 cm von der Zahnreihe noch nichts von der Bifurkation zu sehen ist; erst seit Verdrängen des 8 mm breiten Tubus bis 27 cm gelangt man zur Karina. Die Trachea macht den Eindruck, als wäre sie in die Länge gezogen und fixiert. Die Verengung erstreckt sich auf die Anfangsteile der beiden Bronchien. Ueber die Ursache der Verengerung liess sich nichts Genaues aussagen. Die Dyspnoe nahm zu, so dass in der Nacht die tiefe Tracheotomie gemacht werden musste. Eine lange Königsche Kanüle passierte nicht die Stenose und ein eingeführter weicher Katheter brachte keine Erleichterung. Zwei Tage später Exitus.

Autopsie ergab: Alte ausgeheilte Tuberkuloseherde in den Lungenspitzen; grosse ausgeheilte tuberkulöse Lymphome der oberen und unteren tracheobronchialen, des weiteren der unteren peritrachealen Lymphdrüsen, durchsetzt von anthrakotischen Massen und von schwieligen Narben, welche die untere Trachea und den Eingang in die Bronchien stark verengten. Fixation der Trachea in dem Mediastinum durch Anwachsen an den Aortenbogen. Durch Zusammenlegen der von vorn aufgeschnittenen Trachea lässt sich die in vivo konstatierte Verengerung leicht nachweisen.

Der Fall ist von besonderem Interesse, erstens weil er zeigt, dass nicht nur die käsig veränderten Bronchiallymphdrüsen manifeste Stenoseerscheinungen bedingen können, wie dies durch zahlreiche Beobachtungen festgestellt ist, sondern dass dies auch mitunter erst nach erfolgter Heilung durch Schwielenbildung der Fall ist. Bei der Patientin liess sich anamnestisch feststellen, dass sie erst in den

letzten 2 Jahren Atembeschwerden hatte, während sie in der Jugend keinerlei Beschwerden sich entsinnen konnte. Der Fall ist auch wichtig, weil die Beobachtung am Lebenden durch die Obduktion kontrolliert werden konnte.

Hofer macht darauf aufmerksam, dass für die plötzlich einsetzenden Asphyxien bei tiefsitzenden Stenosen die Venaesectio gute Resultate gibt.

Hanszel.

III. Briefkasten.

Prof. Dr. Lange, bisher in Göttingen, hat einen Ruf als Nachfolger Walbs nach Bonn angenommen.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVII. Oktober 1921. No. 10.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

herausgegeben
von
GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXVII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1921) **25 Mark.**

Berlin 1921.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

ahrgang XXXVII. Berlin, Oktober. 1921. No. 10.

I. Referate.

a) Allgemeines; obere Luftwege.

Cemach (Wien). **Die Leistungen der Phototherapie auf oto-rhino-laryngologischem Gebiete (ältere und neue Indikationen).** Aus der Ohrenabt. der allg. Poliklinik. *Zeitschr. f. physik. u. diätetische Therapie. Bd. 25. H. 9/10.*

Es ist dem Verf. gelungen, das technische Problem der Nutzbarmachung es Quarzlichtes im Bereiche von Nase, Rachen und Mittelohr durch Anwendung on federnden Quarzstäben zu lösen. Als Lichtquelle dient die Kromayerlampe, ie zwecks bequemer Einstellung und Zentrierung des vorgeschalteten Quarzstabes uf einem Spezialstativ mit doppelter Zahnradvorrichtung zur Verschiebung des ampenträgers angebracht wurde. Durch örtliche Bestrahlung des Naseninneren ittels dieser Quarzstäbe sind ausgezeichnete Erfolge bei Heuschnupfen und bei iberkulösen Geschwüren der Nasenschleimhaut erzeugt worden, während bei upus der Nase das Quarzlicht versagte. — Auch tuberkulöse Ulzerationen des ahnfleisches, des harten Gaumens, der Tonsillen und der Uvula wurden durch uarzlichtbehandlung bei gleichzeitiger Bestrahlung des gesamten Körpers gut einflusst. Die Leistungsfähigkeit der lokalen Quarzlichtbehandlung des tuberkulösen Kehlkopfs mittels aus Quarz hergestellten Kehlkopfspiegels (Noll) ist noch icht gesichert. — Bei den subakuten und akuten Nebenhöhlenentzündungen leistet ie Glühlichtbehandlung bei täglich 1—2stündiger Belichtungsdauer Gutes; ebenso ei Anginen und Peritonsillitis, Laryngitis und Tracheitis, Perichondritis und arynxödem.

W. SOBERNHEIM.

Thost (Hamburg). **Die Caissonerkrankungen beim Hamburger Elbtunnelbau.** *Med. Klinik. No. 39. S. 1189. 1921.*

Zunächst dem Mittelohr erkrankt äusserst leicht die Stirnhöhle, die Patienten fühlen dort Schmerzen und bekommen Nasenbluten. Die Einzustellenden dürfen also keine frischen Nasen- oder Stirnhöhlendefekte haben.

SEIFERT.

3) **Alfred Eliassow. Ueber pseudomembranöse und nekrotisierende Entzündung der Luftwege bei der epidemischen Grippe und ihr sporadisches Auftreten ausserhalb derselben.** Aus dem Senckenbergschen pathol. Inst. Frankfurt. *Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 26. S. 1. 1921.*

In der Mehrzahl der Fälle beginnen die Veränderungen erst unterhalb der Stimmbänder, doch war mehrfach auch die Epiglottis affiziert, nach abwärts gingen sie häufig bis in die kleinsten Bronchien. Auf Tonsillen oder im Pharynx waren nie Auflagerungen. Ueberall, wo die fibrinösen Häute bestanden, war das Epithel völlig zugrunde gegangen. E. bezeichnet den Prozess als diphtheroid. Er beschreibt dann weiter 3 Fälle von ausgedehnter pseudomembranöser Laryngotracheitis nicht diphtherischen und nicht grippösen Ursprungs, die durch eitrige Bronchopneumonien kompliziert, ad exitum geführt haben. DREYFUSS.

4) **Hugo Kunz. Infektion nach Nasen- und Halsoperationen. (Infections following operations of the nose and throat.)** *The Laryngoscope. Nov. 1920.*

Der Verf. weist hin auf die Adenitiden, ferner auf die schmerzhaften und fauligen Wunden, welche nach Tonsillektomie, besonders wenn die Operation nach den heute in Amerika so populären Methoden mit stumpfer Gewalt ausgeführt ist, entstehen können und welche auf die Arcus palatini und den weichen Gaumen übergreifen. Rachenmandeloperationen erzeugen manchmal Otitis purulenta und sogar im Gefolge derselben Mastoiditis. Die submuköse Resektion kann von Nebenhöhlenentzündungen, Meningitis und Tod gefolgt sein.

Der Verf. verlangt sehr richtig exakte und zwingende Indikationen, ehe man überhaupt Nasen- und Halsoperationen unternimmt. Die Erfahrung zeigt, dass besagte Operationen sehr leichtsinnig und ohne guten Grund unternommen werden.

O. T. FREER.

5) **Flehme** (Frankfurt a. M.). **Ein Fall von Lichen ruber pemphigoides mit Beteiligung der Schleimhäute.** *Derm. Wochenschr. No. 38. 1921.*

Ein Fall von Lichen ruber pemphigoides bei einer 71jähr. Frau zeichnete sich aus durch die starke Mitbeteiligung der sichtbaren Schleimhäute, insbesondere des Mundes. Es zeigten sich in kreisförmiger Konfiguration Blasen an der Lippen- und Wangenschleimhaut. SEIFERT.

6) **Jordan** (Moskau). **Die Dariersche Krankheit.** *Derm. Wochenschr. No. 39. 1921.*

In einem Falle von Darierscher Krankheit, 24jährige Frau, fand sich die Schleimhaut des weichen Gaumens und der Uvula mit stecknadelkopfgrossen Knötchen bedeckt. SEIFERT.

7) **Winkler** (Enzenbach). **Zur Anzeigepflicht der Lungen- und Kehlkopftuberkulose.** *Med. Klinik. No. 39. 1921.*

Der Anzeigepflicht hätten zu unterliegen alle isolierten Kehlkopftuberkulosen mit Geschwürsbildung bis zur vollkommenen Reinigung des Geschwürsgrundes.

SEIFERT.

8) **Hammerschmidt. Halssteckschuss und Apoplexie.** *Monatsschr. f. Unfallheilkunde u. Invalidenwesen. No. 8. 1921.*

Es handelt sich um die Frage, ob eine Infanterieschussverletzung des Halses

- Einschuss unterhalb des rechten Ohres, haselnussgrosse Infiltration des rechten Kehldeckels, Infanteriegeschoss aus Kehlkopfnähe (?) entfernt — imstande war, direkt eine sofortige Apoplexie hervorzurufen. — Die zuerst ausgesprochene Ansicht, dass es sich um Verletzung der Brücke gehandelt hat, ist durch den Verlauf des Schusskanals widerlegt; auch Contrecoup kann nicht angenommen werden, da von dem Geschoss weder Kopf- noch Wirbelknochen berührt wurden. Es bleibt daher die Annahme am wahrscheinlichsten, dass das hart an der Carotis interna vorbeisausende Geschoss eine so plötzliche Blutdrucksteigerung hervorrief, dass unmittelbar die Apoplexie hervorgerufen wurde. — Wenn auch die Wassermannsche Untersuchung positiv ausfiel, so bedarf es nach Ansicht des Verf.'s nicht der Annahme luetischer oder sklerotischer Vorgänge in den Wandungen der Gehirngefässe zur Erklärung der Hirnblutung. W. SOBERNHEIM.

9) **Isidor F. Shapiro. Sterilisierung von Zerstäubern. (Sterilization of atomizers.)** *The Laryngoscope. Nov. 1920.*

Shapiro hat einen Zerstäuber von Flüssigkeiten angegeben, welcher in vacuo im Cavum nasale arbeitet, so dass der Spray in das Innere der Nebenhöhlen eindringt. Seine Instrumente lassen sich weder gut beschreiben, noch ist ihre Darstellung im Aufsatz eine gut verständliche. Sie sind von C. M. Sorenson in New York gemacht. O. T. FREER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

10) **F. B. Hofmann** (Marburg). **Zur Theorie des Geruchsinnes. Parosmiestudien.** *Zeitschr. f. Biologie. Bd. 73. H. 1—3. (Neue Folge Bd. 55).*

In dem beschriebenen Fall von Parosmie (Folge von blutig-eitrigem Schnupfen [Grippe?]; Selbstbeobachtung) vollzog sich nach anfangs fast völligem Verlust des Riechvermögens die Wiederherstellung des Geruchs für die verschiedenen Qualitäten ungleichzeitig. Die Geruchsempfindung der meisten Riechstoffe wich vom Normalen mehr oder weniger ab; eine Anzahl Verwechslungsgruppen werden genannt mit den zeitlichen Aenderungen des Geruchs bei diesen. — Verf. schliesst aus seinen Beobachtungen, dass durch die meisten Riechstoffe nicht bloss ein einziger, sondern mehrere periphere Empfangsapparate von verschiedener spezifischer Energie gereizt werden. — Durch das Zusammenwirken der Erregung mehrerer solcher Empfangsapparate entstehen Kombinationsgerüche, in denen die Verschmelzung der Konstituentien verschiedene Grade erzeugt, die unter Umständen den Teilgeruch nicht mehr erkennen lassen; so käme es, dass manche Riechstoffe in hoher Konzentration anders riechen als in Verdünnung.

W. SOBERNHEIM.

11) **Gustav Hofer. Kritische Bemerkungen über die Ozänaliteratur der letzten Zeit.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Febr. 1921.*

Verf. nimmt Stellung gegen die von Nager im Arch. f. Lar., Bd. 33, vertretene Ansicht, dass die Ozäna eine konstitutionelle Erkrankung sei. Er verweist gegenüber den Untersuchungsresultaten von Elmiger (Arch. f. Lar., Bd. 32), welche dafür sprechen, dass der hereditären Lues eine bedeutsame Rolle zufällt in der Aetiologie der Ozäna, daraufhin, dass von seinen, im Laufe von 8 Jahren

beobachteten 7—800 Ozänafällen kein einziger einen positiven Wa.R. aufwies. Auch den biologischen Untersuchungen Calderas kann Hofer keine genügende Beweiskraft zugestehen gegen die infektiöse, parasitäre Natur der Ozäna, für welche letztere Verf. am Schlusse seiner Arbeit nochmals seine Beweisgründe aufführt.

SCHLITTLER.

12) **Gino Morelli. Neue therapeutische Versuche bei Ozäna mit normalem Pferdeserum. (Nuovi tentativi terapeutici dell' ozena con il siero normale di cavallo.)** *Arch. Ital. di Otol., Rinol. e Laringol. Juli 1921.*

Versuche zur Heilung der Ozäna mittels Injektionen von normalem Pferdeserum wurden gemacht von Borras, Borras und Torres, P. B. Towes. Verf. hat diese Versuche bei ungefähr 10 Ozänakranken wieder aufgenommen, um festzustellen, ob — wie Barras behauptet — infolge solcher Injektionen wirklich eine vermehrte Schleimsekretion und damit eine erhebliche Besserung entsteht, ob eine solche Besserung, im Falle sie vorhanden ist, im Zusammenhang steht mit irgendeiner Veränderung der Bakterienflora und ob die therapeutische Anwendung des normalen Pferdeserums bei Ozäna ratsam ist. Verf. kommt infolge seiner Beobachtungen dazu, alle diese Fragen in verneinendem Sinne zu beantworten.

CALAMIDA.

13) **Halle** (Charlottenburg). **Intranasale Tränensackoperation bei einem Säugling von 5 Wochen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Juni 1921.*

Die Operation wurde in Allgemeinnarkose und lokaler Novokainanästhesie vorgenommen; Heilung.

SCHLITTLER.

14) **Brüggemann** (Giessen). **Ueber Diagnose und Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.** *Med. Klinik. No. 41. S. 1249. 1921.*

So wichtig das Röntgenbild ist, so kann es uns nur in Gemeinschaft mit dem klinischen Befund sichere Aufschlüsse erteilen. Für die Therapie der Kieferhöhleneiterungen empfehlen sich zuerst Spülungen, hilft das nicht, so bietet die Radikaloperation die besten Heilungsaussichten. Zur Radikaloperation der Stirnhöhle entschliesst man sich schwerer, man räumt bei dem Verfahren nach Killian auch das Siebbein bis zur Keilbeinhöhle aus.

SEIFERT.

15) **Stepp** (Giessen). **Ueber die Bedeutung von Nebenhöhleneiterungen als Ursache von Erkrankungen der tieferen Luftwege.** *Med. Klinik. No. 41. S. 1249. 1921.*

Bei Nebenhöhleneiterungen sieht man nicht selten beim Kehlkopfspiegeln sich von der Regio interarytaenoidea aus einen Eiterstreifen in die Tiefe erstrecken. Das allein erklärt den nicht selten vorkommenden einfachen Husten, es kommen aber auch hochgradige diffuse Bronchitiden zur Beobachtung, ja auch Bronchiektasien.

SEIFERT.

16) **R. Goldmann. Die Behandlung der Nebenhöhlen der Nase durch das elektrische Kopflichtbad.** *Zeitschr. f. physik. u. diät. Ther. Bd. 25. H. 7.*

Verf. verwirft die Behandlung der akuten Nebenhöhlenerkrankungen mittels medikamentösen Anämisierungs- und Saugverfahrens und empfiehlt das Kopf-

lichtbad ein- bis zweimal täglich. — Ausser der subjektiven Erleichterung sei eine stärkere Ansammlung von Eiter im mittleren Nasengang und nach dessen Beseitigung das Abgeschwollensein der Schleimhaut festzustellen. Beim Fehlschlagen der Therapie beständen hochgradige Verengungen oder es handelte sich um Aufpfropfungen akuter auf chronische Erkrankungen. Hier sei chirurgische Behandlung die Vorbedingung für den Erfolg des Lichtbades. Auch bei gewissen chronischen Fällen — abgeschlossenen entzündlichen Ergüssen mit migräneartigen Erscheinungen — hat Verf. Erfolge erzielt.

W. SOBERNHEIM.

17) **Watler G. Howarth. Operationen an der Stirnhöhle. (Operations on the frontal sinus.)** *The Journal of Laryng. and Otol. Sept. 1921.*

Chronische Stirnhöhleneiterung ist stets verbunden mit Siebbeineiterung; „das Siebbein bildet den Schlüssel zur Stirnhöhle". Bei allen endonasalen Eingriffen muss daher das vordere Siebbeinlabyrinth gründlich ausgeräumt werden. Da die so geschaffene Drainage der Stirnhöhle meist nicht genügt, so muss der Ductus nasofrontalis erweitert werden; nach dem Verf. geschieht dies am besten mittels der von Watson-Williams angegebenen Raspeln. Viele Fälle von chronischer Stirnhöhleneiterung können aber durch intranasale Operationen nicht geheilt werden, wofür Verf. orbitale oder frontale Siebbeinzellen oder solche, die vor dem Thränenbein gelegen sind, verantwortlich macht. Verf. macht dann die Bedenken geltend, die er gegen die beiden in England am meisten üblichen Methoden der äusseren Operation, die nach Killian und nach Ogston-Luc, hat; unter den Bedenken gegen die Killiansche Operation steht in erster Reihe, dass es nicht möglich ist, mittels derselben die Höhle zur Obliteration zu bringen, wie diese Operation es anstrebt, und dass hinter der Brücke ein toter Raum entsteht.

Verf. bevorzugt folgende Methode: Eröffnung der Höhle oberhalb der Tränengrube, Fortnahme des ganzen Höhlenbodens, Orbital- und Temporalbuchten werden in die eine grosse Höhle hineinbezogen. Die Schleimhaut wird möglichst geschont. Die vorderen Siebbeinzellen, die frontalen und orbitalen Siebbeinzellen werden ausgeräumt und die so entstandene Höhle dadurch mit der Stirnhöhle vereinigt, dass der Stirnfortsatz des Oberkiefers und der Nasenfortsatz des Stirnbeins durchtrennt werden. Ein dickes Gummidrain wird von der Stirnhöhle in die Nase geführt und am Nasenflügel angenäht; die Hautwunde wird völlig durch Naht geschlossen.

FINDER.

18) **Raffaello Garzia. Wert der Kutanreaktion bei Adenoidenträgern. (Valore della cutireazione negli adenoidei.)** *Arch. Ital. di Otol., Rinol. e Laringol. Bd. 32. H. 5. Sept. 1921.*

Bei 33 pCt. der Kinder mit adenoiden Wucherungen ist der Pirquet positiv; dieser Prozentsatz bleibt auch bei Patienten von 14 Jahren aufwärts. Die Reaktion tritt bei den Adenoidenträgern nicht vor dem vierten Lebensjahr auf. Bei den Adenoidenträgern, bei welchen der Pirquet ein positives Ergebnis hat, finden sich fast immer anamnestische Präzedentien; die Reaktion bleibt immer positiv, auch wenn seit der Operation eine gewisse Zeit verflossen ist.

CALAMIDA.

19) **F. D'Onofrio. Blutveränderungen bei Adenoidenträgern. (Alterazioni ematologiche negli adenoidei.)** *Arch. Ital. di Otol., Rinol. e Laring. Juli 1921.*

Verf. hat bei 60 Patienten das Blut vor der Operation und einen Monat später untersucht. Er hat folgendes gefunden: Bei Kindern, bei denen der Nasenrachenraum durch die Wucherungen ausgefüllt ist, die mit offenem Munde atmen, schnarchen, eine klassische Facies adenoidea, oft einen lymphatischen Habitus mit exsudativer Diathese haben, konstatiert man eine einfache mehr oder weniger schwere Anämie, Vermehrung der Lymphozyten und der Monozyten; bei dem „suppurativen Typus", bei dem der eitrige Prozess im Nasenrachenraum sich auf das Mittelohr ausbreitet und zu chronischer Mittelohreiterung führt, findet man ausser einfacher Anämie Leukozytose und Neutrophilie; bei einem dritten Typus ist das Blutbild wenig verändert, es sind dies Individuen von über 20 Jahren, bei denen die Involution der Rachenmandel mehr oder weniger weit vorgeschritten ist und die an chronischer Rhinopharyngitis und Mittelohrkatarrh leiden. Die Entfernung der Adenoiden bringt stets eine Besserung des Blutbefundes herbei.

CALAMIDA

20) **P. Sébileau. Klinische Bemerkungen über die Nasenrachenfibrome. (Aperçu clinique sur les fibroides naso-pharyngiens.)** *Paris médical. 3. Sept. 1921.*

Verf. unterscheidet je nach dem palpatorischen Befund: die frei im Nasenrachen befindlichen Tumoren, die sich mit dem Finger oder der gekrümmten Sonde umschreiben lassen (tumeurs cavitaires, intrapharyngeale Tumoren) und die in den Wänden des Nasenrachenraums sich entwickelnden in diesen vorspringenden Tumoren (tumeurs pariétales, subpharyngeale Tumoren). Die ersteren verhalten sich „wie ein Lüster, der vom Plafond herabhängt, die zweiten wie ein an der Mauer befestigter Wandleuchter". Alle die vom Verf. beobachteten Fälle, die zur zweiten Kategorie gehörten, waren Sarkome; sie sitzen meist breit der Wand des Nasenrachenraums auf, ihre Ursprungsstelle scheint häufig der Processus pterygoideus zu sein. Bei der ersten Kategorie — den eigentlichen Nasenrachenfibromen — unterscheidet Verf. Fibromyxome und Fibrome; beide haben — wenigstens während einer gewissen Periode ihrer Entwicklung — klinisch grosse Aehnlichkeit miteinander. Die Fibromyxome sitzen — bisweilen gestielt — der Umrandung der Choane auf; sie entwickeln sich gleichzeitig nach dem Nasenrachenraum zu und in die eine oder die andere Nasenhöhle hinein. Sie rufen niemals Nasenbluten hervor, bluten auch bei operativer Inangriffnahme nicht erheblich, wachsen niemals in die Wange, die Orbita, die Fossa temporalis, selbst nicht in die Kieferhöhle hinein, sie haben nur sehr geringe Neigung zum Rezidivieren. Ihre Entfernung geschieht mittels der kalten Schlinge, nur in äusserst seltenen Fällen muss vorher das Gaumensegel in der Mitte gespalten werden. Die eigentlichen Nasenrachenfibrome im engeren Sinne entspringen von den Gebilden, die den hinteren Teil der Nasenhöhle formen, sie sind keine Rachen-, sondern Nasentumoren; die Vorstellung, dass sie von der Fibrocartilago basilaris entspringen, ist irrig. Verf. hat niemals Nasenrachenfibrome gesehen mit doppelter oder dreifacher Insertion, ebensowenig mit flächenhaften Adhäsionen an den Rachenwänden. Hier liegt vielmehr eine Verwechselung vor mit den ersterwähnten subpharyngealen Tumoren. Verf. schildert die Symptomatologie der Nasenrachenfibrome, besonders ihre Nei-

gung, die Nachbarschaft zu verdrängen, und die von ihnen ausgehenden Blutungen. Manche Nasenrachenfibrome sind, histologisch betrachtet, wirkliche Sarkome. Für die Operation der Nasenrachenfibrome lässt Verf. nur zwei Wege gelten: Entweder die Spaltung des weichen Gaumens in der Mittellinie oder die laterale Rhinotomie mit Resektion eines Teiles des aufsteigenden Oberkieferastes, und zwar ist das erstere Verfahren die Operation der Wahl. Die laterale Rhinotomie kommt in Anwendung in Fällen, die schon ein oder mehrere Male operiert sind, ferner in solchen, die nicht gut in der Rachenhöhle isoliert sind, und bei solchen, die schon in das Gesichtsmassiv eingedrungen sind. Die beste Methode ist, nach Spaltung des Gaumens den Tumor mit der kalten Schlinge zu fassen und ihn mit seinen Fortsätzen herauszureissen. Verf. hat Rezidive gesehen auch in Fällen, wo er glaubte, den Tumor vollständig entfernt zu haben. FINDER.

21) **Harry E. Isaacs. Verengerung des Nasenrachenraums; Operation und Prothese. (Stenosis of the nasopharynx; operation with prothesis.)** *The Laryngoscope. Dez. 1917.*

Bei einer 25jährigen Frau erschien 7 Monate nach einer Tonsillektomie eine rasch wachsende, eigrosse Geschwulst in der linken Unterkiefergegend, welche nach ihrer Entfernung als tuberkulöse Lymphdrüse angesehen wurde. Der Hals blieb nach dieser Operation schmerzhaft, der Geschmackssinn erlosch und zunehmender Schmerz raubte der Patientin den Schlaf. Verwachsungen des weichen Gaumens bildeten sich aus und wurden mit dem Finger gelöst. Dennoch bildete sich ein fast vollständiger Abschluss des Nasenrachenraums vom Schlunde aus. Jetzt endlich wurde die Diagnose „Luetische Geschwüre und Narben" gemacht. Nach entsprechender Behandlung wurde ein Schnitt durch das dicke Narbengewebe des angewachsenen weichen Gaumens gemacht und ein schornsteinartiges Rohr durch die Wunde vom Munde aus in den Rasenrachenraum hinaufgeschoben. Hier wurde es mittels zahnärztlicher Befestigung mit Hilfe der Zähne festgehalten. Ein Stück des hinteren Vomerrandes wurde weggeschnitten, um Raum für das Rohr zu gewinnen. Zur Zeit der Beschreibung würde der Apparat noch getragen.

O. T. FREER.

22) **Heydolph** (Plauen i. V.). **Sanierung der Nasenschleimhaut und Schnupfenprophylaktikum.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. S. 794. 1921.*

Verf. verwendet hierzu Protargolspuman (Luitpoldwerk, München). KOTZ.

c) Mundrachenhöhle.

23) **Widowitz** (Graz). **Eine septische Stomatitisform.** *Münch. med. Wochenschr. No. 28. S. 871. 1921.*

Die Erkrankung (sie wurde an drei Kindern beobachtet) lässt zuerst an menschliche Maul- und Klauenseuche denken, was aber vom Verf. ausdrücklich abgelehnt wird. Sie zeigt nach entzündlicher Auflockerung der Mund- und Rachenschleimhaut flächenhafte Ulzerationen, die jeder Behandlung trotzen, im weiteren Verlauf septische Hautveränderungen, schliesslich Bronchopneumonie und Pleuraempyem.

KOTZ.

24) **Nissen** (Uelzen). **Ueber die Behandlung der infektiösen Zahnfleischerkrankung mit Aolan-Injektionen.** *Med. Klinik. No. 40. 1921.*

Intrakutane Aolan-Injektionen brachten bei den verschiedenartigsten, schwer zu beeinflussenden, teilweise nekrotisierenden Zahnfleischerkrankungen ganz deutliche Besserung.

SEIFERT.

25) **Scheele** (Leipzig). **Spirochätennachweis in abgeheilten syphilitischen plaques.** *Med. Klinik. No. 39. 1921.*

Untersucht wurden 40 Fälle von Syphilis vor und nach der Neosalvarsanbehandlung. Es konnten in bedeutender Mehrzahl der Fälle an Stellen der heilten Mundplaques Spirochaetae pallidae nicht gefunden werden.

SEIFERT.

26) **Hittmair** (Innsbruck). **Aphthenseuche beim Menschen.** *Med. Klinik. No. 1921.*

In dem ersten von drei mitgeteilten Fällen von Aphthenseuche beim Mensch war der Infektionsmodus schwer festzustellen, wahrscheinlich handelte es sich indirekte Uebertragung, vielleicht durch Genuss von Beeren auf der Weide, die krankem Vieh betrieben war. Eine deutliche Leukozytose bestand aus einer Vermehrung der neutrophilen Polymorphkernigen und aus einer relativ noch stärkeren Vermehrung der Lymphozyten.

SEIFERT.

27) **William Wesley Carter. Bericht über einen Fall von Speichelstein. (Report of a case of salivary calculus.)** *The Laryngoscope. Dez. 1917.*

Eigener Fall. Vor zwei Jahren hatte Pat. Schmerz und Schwellung in rechten Zungenseite und am Mundboden. Es war ein kleiner Speichelstein, die Offnung des Ausgangs der rechten Glandula submaxillaris verlegte, zu se Die Symptome verschwanden aber, im Februar 1917 schwoll die Glandula submaxillaris wieder stark an unter bedeutendem Schmerz. Es war ein grosser Speichelstein gegenüber dem rechten letzten Backenzahn zu fühlen. Der Stein wurde zwei kleineren durch Einschnitte in den Mundboden entfernt. Die Ausschälung eines Speichelsteins in der Glandula submaxillaris ist wegen des engen Operationsfeldes und der gefäss- und nervenreichen Nachbarschaft sehr schwierig. Die Operation vom Mundboden aus ist vorzuziehen, wo keine äussere Fistel oder äusserer Abszess vorhanden ist.

O. T. FREER.

28) **Luigi Cevario. Entzündliche Geschwulst der sublingualen Speicheldrüse. (Tumore infiammatorio della ghiandola salivare sottolinguale.)** *Il Policlinico Sez. Chir. 15. Sept. 1921.*

Während entzündliche Tumoren im Bereich der Speicheldrüsen bisher nur bei der Submaxillaris bekannt waren, beschreibt Verf. im vorliegenden Fall eine entzündliche Geschwulst der Sublingualis bei einem 57jähr. Manne. Sehr wichtig ist in diesen Fällen die Unterscheidung von wirklichen Neubildungen. Die Aetiologie der entzündlichen Speicheldrüsengeschwülste ist nach dem Verf. zu suchen in einer Infektion von der Mundhöhle aus per vias naturales. Die Therapie besteht in chirurgischem Eingriff von aussen: Inzision längs des medialen Randes des Unterkiefers.

CALAMIDA.

29) **Viggo Schmidt** (Kopenhagen). **Hämatologische Untersuchungen bei entzündlichen Zuständen des Rachens und der oberen Luftwege. (Recherches hématologiques dans les états inflammatoires du pharynx et des voies aeriennes supérieures.)** *Acta Oto-Laryngologica. Vol. III. H. 1/2.*

Die hämatologische Untersuchung bei Infektionen des Rachens und der oberen Luftwege bilden eine wichtige Ergänzung der anderen klinischen Symptome für Intensität, Zunahme und Abnahme der Krankheit. Die Leukozytose ist das erste objektive Symptom der Infektion, denn man konstatiert sie vor der Temperaturerhöhung und Pulsbeschleunigung, in zahlreichen Fällen viele Stunden vorher. In gewissen Fällen bleibt die Leukozytose bestehen, nachdem die lokalen Erscheinungen, die Temperaturerhöhung und Pulsbeschleunigung verschwunden sind; sie bezeugt so das Weiterbestehen von Toxinen im Blut und spricht dafür, dass die Krankheit noch nicht beendigt ist (verborgene Mandelabszesse, Scharlach). Wenn man eine persistierende Leukozytose (event. auch Eosinophilie) nach dem fieberhaften Stadium konstatiert, so kann man in vielen Fällen ein sehr wichtiges Symptom besitzen bei Scharlach in dem Moment, wo das Exanthem verschwunden ist und wo die Schuppung noch nicht anzeigt, dass es sich um eine Scharlachangina handelte. Bei der gewöhnlichen Angina dauert die Leukozytose im allgemeinen nur eine Woche, bei der Diphtherie verschwindet sie gleichzeitig mit der Temperatur und den Membranen.

Bei Fällen von peritonsillärem Abszess und Phlegmone hat sich eine erhebliche Leukozytose gezeigt, oft zwischen 20000 und 30000. Bei umschriebenem Abszess tritt bei völliger Entleerung desselben eine schnelle Abnahme der Leukozytose ein. Bei chronischer Tonsillitis mit Eiter in den Tonsillen findet man häufig Leukozytose; dagegen findet man sie nicht bei chronischer Pharyngitis, wohl aber bei akuter Tracheitis. Auch bei Pyorrhoea alveolaris wurde Leukozytose gefunden.

FINDER.

30) **B. Lunghetti. Beitrag zum Studium der normalen und pathologischen Anatomie der Rachenhypophyse. (Contributo allo studio dell' anatomia normale e patologica dell' ipofisi faringea.)** *Arch. Ital. di Otol., Rinol. e Laringologia. Vol. 32. H. 4/5. Juli/September 1921.*

Die Pharynxhypophyse hat eine besondere Bedeutung gewonnen durch die von Citelli und Poppi begonnenen und von anderen — vornehmlich italienischen — Autoren fortgesetzten Studien über ihren Zusammenhang mit dem Krankheitskomplex des „Adenoidismus“. Um für weitere klinische und experimentelle Untersuchungen auf diesem Gebiet die notwendige anatomische Grundlage zu schaffen, hat Verf. bei einer grösseren Anzahl von Leichen — Neugeborener, Kinder und Erwachsenen — mikroskopische Untersuchungen angestellt. Die Details der Untersuchungsergebnisse lassen sich im Referat nicht wiedergeben; aus den Schlussfolgerungen seien nur ein paar Hauptpunkte wiedergegeben:

Das Fehlen der Rachenhypophyse beim Menschen ist extrem selten; wo dies der Fall ist, fragt es sich, ob es sich um eine angeborene Anlage handelt, oder ob durch Krankheitsprozesse das Organ zur Unkenntlichkeit verändert ist. Sie findet sich dagegen sehr selten bei den Säugetieren und niederen Wirbeltieren, obwohl bei vielen ein persistierender Canalis craniopharyngeus vorhanden ist.

Bei den einzelnen Individuen weist sie in bezug auf Form, Umfang, Struktur grosse Differenzen auf, die im einzelnen aufgeführt werden. In bezug auf die Struktur weist sie erhebliche Unterschiede auf gegenüber sowohl dem Haupt- oder Vorderlappen wie gegenüber dem Hinterlappen der Hypophysis cerebri, wenngleich zu dem ersteren so grosse Analogien bestehen, dass Verf. geneigt scheint, die Rachenhypophyse als weniger differenzierten und wahrscheinlich auch mit weniger aktiver Funktion ausgestatteten Teil des Vorderlappens der Hirnhypophyse aufzufassen. Verf. sucht die gegen eine solche Auffassung vorgebrachten Einwände zu entkräften.

Die morphologischen und strukturellen Verschiedenheiten, die Verf. bei der Untersuchung der Rachenhypophyse hat feststellen können, erklärt er teils als anatomische Variationen, teils als wirkliche krankhafte Veränderungen. Diese Veränderungen werden im einzelnen besprochen. Die bei Erwachsenen und älteren Personen oft angetroffene Atrophie des Organs sieht Verf. meist als Resultat chronischer Entzündung an, schliesst aber die Möglichkeit einer Altersatrophie nicht aus.

Was den angeblichen Zusammenhang zwischen Rachenhypophyse und „Adenoidismus" anbetrifft, so hat Verf. in Fällen von erheblicher Vergrösserung der Rachentonsille oft nicht die geringste Veränderung an der Rachenhypophyse gefunden; er legt in diesem Zusammenhang den adenoiden Vegetationen an sich weniger Bedeutung bei, als vielleicht den sie begleitenden entzündlichen Prozessen. Es scheine wenig wahrscheinlich, dass — abgesehen von Ausnahmefällen — pathologische Veränderungen an der Rachenhypophyse besondere Krankheitserscheinungen hervorrufen; eher scheint es ihm wahrscheinlich, dass bei den engen topographischen Zusammenhängen — Blutgefässe, Lymphwege —, die zwischen dem Rachendach und der Hirnhypophyse bestehen, entzündliche Erscheinungen an jenem auch diese beeinflussen und zu besonderen Erscheinungen führen. CALAMIDA.

31) **Precechtel. Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Trigeminusneuralgie.** *Casopis Lekaruv Ceskych. No. 41. 1921.*

Nach Abzug aller bekannten Ursachen von Trigeminusneuralgie bleiben immer noch etwa 15 pCt. der Fälle ohne greifbare Ursache (genuine Neuralgien).

Bei einer 58jährigen Frau bestanden heftige Neuralgien des rechten Unterkieferastes, die auf die ganze rechte Kopfseite übergriffen. Als Ursache wurde ein verlängerter Proc. styloideus palpatorisch und röntgenologisch festgestellt, auf bukkalem Wege entfernt, worauf nach anfänglicher Exazerbation die Schmerzen völlig aufhörten. Bei Untersuchung von 70 Schädeln konnte P. öfters verlängerte Proc. styl. nachweisen. Verf. empfiehlt, auf diese Ursache der Trigeminusneuralgie Rücksicht zu nehmen. Schliesslich weist Verf. darauf hin, dass sowohl der erste als auch der zweite Trigeminusast für die Neurexeirese vom Munde aus, letzterer nach der Methode von O. Kutvirt erreichbar sind. IMHOFER.

32) **Evers** (Hamburg). **Zwei Fälle von Amyloidtumoren des Rachens und des Kehlkopfes.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 108. S. 6.*

Bei den mitgeteilten Fällen (in der Literatur sind bisher schon 62 bekannt) handelt es sich um Männer mittlerer Jahre. Im ersten Falle ist von dem Tumor

der Rachen und die Epiglottis ergriffen, im zweiten Falle ist die Geschwulst mehr infiltrativer Art und geht von der vorderen Kommissur aus. Beide Male ist der Schleimhautüberzug des Tumors ohne Veränderung. Drüsenschwellungen usw. fehlen vollkommen. Besonders der eine Tumor, der blumenkohlartig in die Mundhöhle hereinragt, liess zuerst an eine bösartige Neubildung denken. Nur die Probeexzision konnte Klarheit schaffen. Durch Abtragung kleiner Stückchen konnte, entgegen anderen Erfahrungen, eine Rückbildung nicht erzielt werden. Auch Röntgenbestrahlungen brachten keine wesentlichen Veränderungen. KOTZ.

33) **Bruno Bruzzi. Ein Fall von Sarkom der Gaumentonsille mittels der Citellischen Methode geheilt. (Un caso di sarcoma della tonsilla palatina guarito con il metodo Citelli.)** *Arch. Ital. di Otol., Rinol. e Laring. Juli 1921.*

Die Citellische Methode besteht in einer Autovakzination. Verf. berichtet über einen von ihm so behandelten und geheilten Fall. Es wurde ein kleines Stückchen des Tumors entfernt, sorgfältig in physiologischer Kochsalzlösung ausgewaschen, in einem Mörser zerstampft und 5 ccm der so erhaltenen Flüssigkeit subkutan injiziert.

Es wurden in Abständen von 14—20 Tagen im ganzen 6 Injektionen gemacht; es trat weder allgemeine noch lokale Reaktion auf. Der Tumor wurde allmählich kleiner, ist jetzt verschwunden und der Allgemeinzustand hat sich erheblich gebessert. CALAMIDA.

34) **J. L. Aymard. Tonsillarblutung. (Tonsillar haemorrhage.)** *The Journ. of Laryng. and Otol. Sept. 1921.*

Verf. tritt dafür ein, dass man bei der Mandelexstirpation dieselben Methoden der Blutstillung anwendet, wie bei Operationen in anderen Körperregionen; auch soll man nicht seinen Ehrgeiz darin setzen, die Operation in möglichst kurzer Zeit auszuführen. Er operiert in oberflächlicher Narkose. Die Kiefer dürfen nicht zu weit aufgesperrt werden, die Zunge wird nicht fixiert. Nachdem die Tonsille hervorgezogen ist, macht er eine Inzision, die die Plica triangularis nicht in sich greift, vollendet mit Messer oder Finger die Abtrennung der Kapsel, legt ein paar Kochersche Klemmen um die Gewebe darunter und schneidet mit der Schere durch. Er legt dann einen Gazetampon in die Höhle und komprimiert und sucht mittels einer kleinen auf die Zunge gelegten Lampe nach blutenden Gefässen, die mit Klammern gefasst werden. Das Zusammennähen der Gaumenbögen verwirft Verf., dagegen vernäht er die lose Schleimhaut, welche beim Erwachsenen die Gaumenbögen bedeckt; er braucht dazu auf jeder Seite eine Katgutmatratzennaht. Die zweite Mandel darf erst dann in Angriff genommen werden, wenn die Oberfläche der rechten Operationswunde absolut trocken ist. FINDER.

35) **J. P. Schaeffer** (Philadelphia, Pa.). **Abweichende Gefässe in der Chirurgie der Gaumen- und Rachentonsille. (Aberrant vessels in surgery of the palatine and pharyngeal tonsils.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 2. Juli 1921.*

Vier Todesfälle nach Tonsillektomien, die zur Kenntnis des Verf. kamen, veranlassten ihn, auf gelegentliche sigmaartige Windungen des zervikalen Teiles der Carotis interna aufmerksam zu machen, wodurch dieses Gefäss sehr nahe an

die Tonsillen gebracht und die gewöhnliche Entfernung von 2,5 cm zwischen Karotis und Tonsille verengt wird. Verf. gibt die Resultate seiner ausführlichen anatomischen Untersuchungen und rät, vor der Tonsillektomie eine genaue Palpation der Gegend vorzunehmen, um ein abbrrierendes Gefäss zu entdecken und Unglück zu vermeiden.

FREUDENTHAL.

36) **Tarnow** (Charlottenburg). **Ueber Angina Plaut-Vincenti mit besonderer Berücksichtigung des Blutbefundes.** *Med. Klinik. No. 39. 1921.*

Auf den für Diphtherie bestimmten Pavillons wurde während des Zeitraums vom 1. 3. 1919 bis 31. 12. 1920 neben 314 diphtherischen Halsentzündungen 53 mal Angina Plaut-Vincenti gefunden. Aus dem klinischen Bilde springt am auffälligsten die geringe Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens ins Auge. Bei Diphtherie pflegt der Prozentsatz der Polynukleären bis zu höchsten Werten zu steigen, bei Angina Plaut-Vincenti befindet er sich eher an der unteren Grenze der Norm.

SEIFERT.

37) **Frenzel** (Greifswald). **Ueber die Häufigkeit Plaut-Vincentischer Anginen, sowie über Vorkommen und klinische Bedeutung Plaut-Vincentischer Erreger bei Mittelohrerkrankungen.** *Med. Klinik. Bd. 35. S. 1071. 1921.*

Die mehrfach berichtete Häufung der Plaut-Vincentischen Angina wird auch an dem Material der Greifswalder Klinik bestätigt, die Frequenz stieg von 0,2 aus den Jahren 1906—1918 auf 5,4 im Jahre 1919 und auf 10 im Jahre 1920. Bevorzugt ist das Alter zwischen 15—25 Jahren, die Geschlechter sind gleichmässig betroffen, eine bestimmte Jahreszeit ist nicht bevorzugt. Prognose günstig, nur ein Fall nahm nomatösen Charakter an und kam ad exitum.

SEIFERT.

d) Diphtherie und Croup.

38) **E. Urbantschitsch. Ueber einen Fall von Dauerausscheidung von Diphtheriebazillen durch mehr als 14 Jahre. Tod durch eitrige Meningitis mit positivem Diphtheriebazillenbefund.** *Wiener med. Wochenschr. No. 18. 1921.*

Folgendes sind die Hauptmomente in der sehr merkwürdigen Krankengeschichte des 17jährigen Patienten: Erkrankung an Diphtherie im Alter von $1^1/_2$ Jahren, Wiedererkrankung mit 3 Jahren, im Anschluss an letztere beiderseitige eitrige Mittelohrentzündung, die seither anhielt; auffallende Beschaffenheit des Eiters; positiver Bazillenbefund; auffallend rasche Ausdehnung der Meningitis bis ins Lendenmark; ausgebreitete Enzephalitis ohne Abszedierungstendenz. Verf. glaubt sich zu dem Schluss berechtigt, dass die Diphtheriebazillen eine spezifische Mitwirkung an dem Prozess gehabt haben.

HANSZEL.

39) **Lippmann** (München). **Ueber Diphtheriebazillen im Auswurf.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. S. 772. 1921.*

Verf. erörtert an Hand eines Falles die Tatsache, dass Diphtheriebazillen jahrelang im Auswurf vorkommen können, ohne dass solche in Nase oder Rachen nachweisbar wären. Die Untersuchung sollte sich nicht nur auf den mikroskopischen und kulturellen Nachweis beschränken, sondern auch die Virulenz und Giftbildungsfähigkeit berücksichtigen. Es ist möglich, dass durch Ueberimpfen aviru-

lenter, keine Toxine bildender Bazillen auf nicht immune Individuen Virulenz und Toxinbildung wieder auftreten. KOTZ.

40) **Kraus, Benorino Cuenca** und **A. Sordelli** (Buenos Aires). **Ueber die Verhütung der Serumkrankheit durch Anwendung des Diphtherie- und Tetanusserums von immunisierten Rindern.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. S. 1244. 1921.*

Die Verff. kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Ergebnis, „dass der grosse Nachteil, der der Serumtherapie bei Verwendung des von Pferden gewonnenen Serums anhaftet, zum grossen Teil vermieden werden kann, indem man das auf seine Unschädlichkeit in einer grossen Zahl von Fällen geprüfte Diphtherie- und Tetanusserum von immunisierten Rindern präventiv und kurativ anwendet“. KOTZ.

41) **Pfaundler** (München). **Zur Serumbehandlung der Diphtherie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. S. 781. 1921.*

Verf. rät nachdrücklich, der Diphtherie, die seit der Behringschen Entdeckung viel von ihren Schrecken verloren hat, sowohl prophylaktisch als auch therapeutisch nach wie vor mit Serumbehandlung entgegen zu treten.

Ganz falsch ist es, aus Furcht vor dem anaphylaktischen Shock diese zu unterlassen. Rücksicht auf Anaphylaxie darf niemals eine Gegenindikation gegen Wiederholung eventuell notwendig werdender Serumgaben sein, ganz besonders nicht in den ersten Krankheitstagen. Selbst bei Wiedereinspritzungen mit mehr als einwöchentlichem Intervall „hat der Gedanke an die Shockgefährdung von diphtheriekranken Kindern ganz und gar in den Hintergrund zu treten, gegenüber den Anzeigen, die der Krankheitsprozess an sich ergibt“.

Eventuell empfiehlt sich die Vermeidung intravaskulärer Injektionen und die Anwendung hochzentrierter Sera nach dem Besredkaverfahren. KOTZ.

42) **Seiffert** (Berlin). **Chloräthyl bei der Kehlkopfuntersuchung von Kindern.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 108. S. 1.*

Um die Schwierigkeiten der Laryngoskopie bei ungebärdigen Kindern zu überwinden, wendet Verf. den Chloräthylrausch, bzw. die Chloräthylnarkose an. Beim Nachlassen der Narkose kann man auch die Stimmbandbewegung gut beobachten. Kommt ein Kind wegen Atemnot zur Untersuchung, so ist es am besten, gleich zur Schwebelaryngoskopie zu greifen. KOTZ.

e l) Kehlkopf und Luftröhre.

43) **J. Dworetzky** (Liberty, N. Y.). **Laryngo-pulmonäre Tuberkulose. (Laryngopulmonary tuberculosis.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 9. Juli 1921.*

Tuberkulose des Larynx ist immer sekundär, d. h. sie erscheint nur, nachdem bereits die Drüsen und die Lungen affiziert sind. Nach der Ansicht von D. sollte man daher stets nur von laryngopulmonärer Tuberkulose sprechen und nicht von Larynxtuberkulose. Er beobachtete 3 Typen: 1. Die akute Larynxtuberkulose: Weiches Oedem mit grosser Neigung zur Ulzeration, Knötchenbildung, ausgesprochene Dysphagie und schlechte Prognose. 2. Der subakute Typ: Pseudo-

ödem eines oder mehrerer Teile, Neigung zur Fibrose, polypoide Exkreszenzen usw. Gute Prognose. 3. Der chronische Typ: Wird häufig übersehen, da die Symptome gering sind. Die Läsion ist gewöhnlich auf einen kleinen Teil beschränkt.

Die Prognose ist abhängig von dem Zustande der Lungen, der Art, Ausdehnung und Lokalisation der Erkrankung. Die an der hinteren Kommissur gibt die beste Prognose. Bei der Behandlung sind wiederum die Lungen der wichtigste Teil. Lokal hat D. gute Erfolge von Jodpräparaten. FREUDENTHAL.

44) **Rimini** (Triest). **Ueber die Wirkung des Salvarsans bei Kehlkopfsyphilis. (Sull' azione del Salvarsan nella sifilide della laringe.)** *Arch. Ital. di Otol Rinol. e Laringologia. Juli 1921.*

Das Salvarsan hat sich nicht nur bei sekundärer und bei gummöser Erkrankung des Larynx als sehr wirksam erwiesen, sondern auch bei manchen Fällen von luetischer Narbenveränderung im Larynx. Man muss jedoch — wie aus einer vom Verf. mitgeteilten Beobachtung hervorgeht — in Fällen von tertiärer Lues des Kehlkopfes mit einiger Vorsicht zu Werke gehen, da an den infiltrierten Stimmlippen eine reaktive Entzündung und infolge davon schwere Atemstörung auftreten kann. In dem mitgeteilten Falle — ulzero-gummöse Infiltration beider Stimmlippen — traten, nachdem des Morgens eine Salvarsaninjektion gemacht war, plötzlich des Nachts schwere Erstickungserscheinungen auf, so dass die Tracheotomie notwendig wurde. Verf. setzt diese Erscheinung in Parallele zur Herxheimerschen Reaktion. Patienten mit gummöser Erkrankung des Kehlkopfes sollen wegen der Möglichkeit einer solchen Reaktion eine Zeitlang in stationärer Beobachtung bleiben. CALAMIDA.

45) **Frederick Horday. Eine plastische Kehlkopfoperation bei Stimmlippenparese der Pferde. (A plastic laryngeal operation for vocal cord paresis in the horse.)** *The Journ. of Laryng. and Otol. Sept. 1921.*

Verf. hat bei mehr als 2000 Pferden, die „Rohrer“ waren, d. h. infolge von Lähmung des linken N. recurrens an Kurzatmigkeit litten, eine Operation gemacht, die darauf hinzielt, das gelähmte Stimmband so aus dem Weg zu räumen, dass es für die Atmung kein Hindernis mehr bietet. Dies geschieht dadurch, dass der ganze Schleimhautsack des Ventrikels entfernt wird. Verf. schildert die Technik dieser Operation, die von aussen gemacht wird, indem man durch Inzision der Membrana crico-thyreoidea das Larynxinnere freilegt, und regt an, ob man dieses Verfahren nicht bei Patienten mit doppelseitiger Postikuslähmung anwenden könne, die anderenfalls zu dauerndem Kanületragen verurteilt wären. Er hat bei sehr vielen der von ihm so operierten Pferde konstatieren können, dass sie trotzdem nachher noch wiehern konnten, so dass anzunehmen sei, dass auch der Mensch durch diese Operation nicht völlig die Stimme verlieren würde. FINDER.

46) **Adolf Schulz** (Danzig). **Erschwertes Dekanülement und Laryngitis hypoglottica.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 166. S. 38. 1921.*

46 Jahre alte Frau, bei der wegen Stenose der Luftröhrenschnitt gemacht werden musste. Erschwertes Dekanülement. Probeexzision aus einer weichen Geschwulstmasse unterhalb der normalen Stimmbänder ergibt kleinzellige Infiltration.

Die Behandlung bestand in Erweiterung der Tracheotomiewunde nach oben und Zerstörung der Wucherungen mit Galvanokauter. Nach 14 Tagen Kanüle entfernt. Sch. plädiert bei dem erschwerten Dekanülement der Kinder für exakte Diagnose des Hindernisses mittels Tracheoscopia directa. DREYFUSS.

47) **W. Denk** und **A. Winkelbauer** (Wien). **Ueber das Verhalten der Trachea nach Kropfoperationen.** Aus der I. chir. Univ.-Klinik Wien. *Arch. f. klin. Chir. Bd. 116. S. 84. 1921.*

An 51 Kropfoperierten der Klinik Eiselsberg wurden Röntgenaufnahmen in dorso-ventraler und seitlicher Lage gemacht, um die Rückbildung der Verhältnisse bei Verlagerung oder Kompression der Trachea nach der Operation in verschiedenen Zeitpunkten (14 Tage bis über 2 Jahre) zu studieren. Die Einzelheiten mögen in der Publikation nachgesehen werden; hier nur eine kurze Zusammenfassung:

1. Durch die Strumektomie wird ein Restitutionsprozess der geschädigten Trachea eingeleitet, welcher nach etwa 6 Monaten als abgeschlossen betrachtet werden kann. Ein Teil der Fälle bleibt nur gebessert oder unbeeinflusst.

2. Für die Ursachen eines Ausbleibens der Restitutionsvorgänge haben die Autoren keine Erklärung gefunden; jedenfalls liegen sie nicht in Art und Dauer der Kompression oder Verdrängung, nicht in der Konsistenz der Struma, auch nicht im Alter des Patienten.

3. Atembeschwerden können unabhängig von der tatsächlich bestehenden Verlagerung oder Verengerung des Trachealumens sein. DREYFUSS.

48) **G. Schmidt. Hummerschwanz-Luftröhrenkanüle mit endständiger Oeffnung und sie ausfüllendem herausziehbaren Führungsknopfe.** Aus der chir. Univ.-Klinik München. *Zentralbl. f. Chir. 15. Okt. 1921.*

Das Instrument vermeidet den schwer zu reinigenden Blindsack mit seitlichen Oeffnungen an den gebräuchlichen Hummerschwanzkanülen. Die Feder mit dem abschliessenden Knopfe ist an einem Schild, ähnlich der Innenkanüle der Trachealkanülen, befestigt und wird nach Einführung der Kanüle an ihrem Schilde herausgezogen. Zu haben bei Stiefenhofer-München. DREYFUSS.

49) **W. S. Syme. Bronchoskopie bei der Behandlung von Asthma. (Bronchoscopy in the treatment of asthma.)** *The Journ. of Laryng. and Otol. Sept. 1921.*

Nach der Erfahrung des Verf.'s hängt Asthma in sehr vielen Fällen mit Erkrankungen der Highmorshöhle oder anderer Nebenhöhlen zusammen und verschwindet nach Beseitigung der Nasenkrankheit. Andere, besonders schwere Fälle wurden durch Behandlung der Nase nicht gebessert. Verf. hat in 23 schweren und hartnäckigen Fällen von Asthma unter Leitung des Bronchoskops die Schleimhaut der Bronchien, besonders in der Gegend der Bifurkation, mit einer 10 proz. Argentumlösung gepinselt nach vorheriger Anästhesierung mit Kokain-Adrenalin. Es tritt eine zwei Tage anhaltende Reaktion in Gestalt einer akuten Bronchitis auf. Nach 14 Tagen wird eventuell die Prozedur wiederholt. Es wurden 23 Fälle so behandelt; bei 18 wurde die Argentumapplikation einmal, bei vier zweimal und bei einem viermal gemacht. In zwei Fällen trat keine Besserung auf, in 12 Fällen war eine solche ganz ausgesprochen, so dass niemals mehr Anfälle von irgendwie

stärkerem Grade auftraten und die Patienten ihre volle Arbeitsfähigkeit wiedererlangten. Bei den anderen Fällen trat Besserung in verschiedenem Grade auf.

FINDER.

50) H. L. Linah und W. H. Steward. **Röntgenographische Studien über Bronchiektasie und Lungenabszess nach directer Injektion von Wismuthgemisch durch das Bronchoskop. (Roentgenographic studies of bronchiectasis and lung abscess after direct injection of bismuth mixtures through the bronchoscope.)** *Annals of Surgery. März 1921.*

Im Jahre 1917 hat Yankauer einen Fall von Bronchiektase mittels direkter Applikation von Jodlösung durch das Bronchoskop behandelt mit Ausgang in Heilung. Die Verff. beschreiben 5 Fälle von Lungenabszess, die nach Injektion wässriger und öliger Gemische von Bismuth. carbon. röntgenographisch dargestellt wurden. Ein Bronchoskop von 7 mm Dicke wurde eingeführt und die Bronchialäste nacheinander untersucht, von Eiter trocken gesaugt und der Patient angewiesen zu husten. So konnte der Ast, aus dem der Eiter kam, festgestellt und injiziert werden. Die Injektion hatte keine üblen Folgen; im Gegenteil, es war eine entschiedene Besserung, Verschwinden des Fötors und Abnahme der Sekretion zu konstatieren. Unmittelbar nach der Injektion und bevor der Patient hustete, konnte man sehen, dass die opake Flüssigkeit aus der Abszesshöhle in den Bronchialbaum floss. Die Richtung des Stroms war nach oben und die unteren Aeste blieben frei. Die Verff. schliessen aus dieser Beobachtung, dass ausser dem Husten und der Zilienwirkung noch irgendein anderer Mechanismus vorhanden sein müsse, durch den Sekrete aus dem Bronchialbaum herausbefördert werden. Die Injektate blieben in der Abszesshöhle 2 Wochen bis 2 Monate lang. Das Material bestand in 8 ccm Bism. carbon. in reinem Olivenöl im Verhältnis von 1 : 2, durch Kochen sterilisiert und langsam injiziert. Um den erkrankten Bezirk zu lokalisieren, muss die Röntgenaufnahme unmittelbar nach Entfernung des Bronchoskops gemacht werden.

FREUDENTHAL.

51) William B. Chamberlin. **Schwierigkeiten bei der Entfernung einer Erdnuss aus einem Bronchus. (Difficulties in removing a peanut from a bronchus.)** *The Laryngoscope. Nov. 1920.*

Der Kern der Erdnuss wurde im Spiel von der Wärterin eines vierjährigen Knaben ihm in den Rachen geworfen, von wo aus der Kern in die Luftröhre und den Hauptbronchus der linken Lunge gelang, welchen er fast vollständig verstopfte. Der Kern wurde mit Mühe stückweise mit einem gebogenen Draht und der Zange entfernt. Trotzdem dauerten Atemnot und Einziehung über dem Manubrium sterni für mehrere Tage fort, obwohl der Kollaps der linken Lunge verschwand. Schliesslich genas das Kind. Entgegen der Ansicht Jacksons gebraucht Chamberlin Intubation anstatt Tracheotomie bei Kindern, wo Kehlkopfödem nach Bronchoskopie zu Erstickungsgefahr führt. Man soll weder mit Intubation noch Tracheotomie unter solchen Umständen zu lange warten.

O. T. FREER.

52) A. E. Goodkoe. **Ein neues Bronchoskop. (A new bronchoscope.)** *The Laryngoscope. 1920.*

Anstatt dass die zur Entfernung des Fremdkörpers gebrauchte Zange durch

-e des Rohres hindurch bis zu ihm eingeführt wird, wird das distale Ende es mit einem Fassgelenk versehen, so dass das Rohr selbst zum fassenden wird, wodurch das Verdecken des Gesichtsfeldes durch den im Rohr n Zangenstiel vermieden wird und der Fremdkörper in beständiger heller ang vor Augen bleibt. Die Gewalt, mit welchem das Fassgelenk fasst, ch eine Schraube beherrscht und nach Wunsch verändert. Nachdem er st, wird der Fremdkörper mit dem Rohr entfernt und kann in das Rohr gefördert werden. Weder die Beschreibung noch die Abbildungen machen hanismus des Instruments dem Leser ganz klar und für ein Verständnis n muss es gesehen werden. O. T. FREER.

e II) Stimme und Sprache.

v. Pap-Stockert. Stimmbildung auf natürlichem Wege, Lehrvorgang ckert. *Stimme. XV. H. 9. Juni 1921.*

llgemeine Ausführungen über Gesangsunterricht, Stimmbildung, Artiku-lie nur teilweise wissenschaftlich annehmbar sind. NADOLECZNY.

s Calm. Sprache und Sprechen. *Kollegienhefte. Bd. 14. Herausgegeben Prof. Dr. Foehr. (108 S.) Preis M. 22. Leipzig 1920. S. Hirzel.*

s Buch ist von einem ehemaligen Schauspieler geschrieben. Es beschäftigt ächst mit der Entwicklung unserer heutigen deutschen Sprache aus dem en über das Alt- und Mittelhochdeutsche zum Neuhochdeutsch und be-ftigt auch die Dialekte. Der Sprachentwicklung des Kindes, sowie dem wechsel bei Knaben und Mädchen sind Abschnitte gewidmet, ebenso einigen gebrechen (Lispeln, Stammeln, Stottern), wobei sich der Verf. allerdings fehlender ärztlicher Kenntnisse und Erkenntnisse teilweise baroke Behaup-n erlaubt. Auf seinem eigentlichen Gebiet aber „unserem Sprechen" findet gute und eindringliche Worte, wenn er für eine bessere Ausbildung eintritt. n betritt er bei der Pflege der Sprachorgane wieder ärztliches Gebiet und nweisungen zum Auswischen der Rachenhöhle und für Nasenspülungen, die llgemein gefasst nicht annehmen können. Die Ausführungen über Atmung, unsere Nerven und über das Sprechen dürften sich mehr an bekannte phone-Lehrbücher anlehnen. Dagegen befindet sich Verf. in den Abschnitten über und Sprache, über Vortragsart und Gedächtnis wieder auf Gebieten, die mehr liegen. NADOLECZNY.

Alfred Schär. Untersuchungen über die Tonhöhenbewegung in der Sprache r Taubstummen. *Vox. H. 3. S. 62. 1921.*

i Durch Aufzeichnung der Stimmschwimmungen mittels einer Mareyschen psel hat Verf. an 7 Taubstummen und 2 Hörenden festgestellt, dass die Sprache s Taubstummen nicht monoton im strengen Sinne des Wortes ist. Er konnte die tersuchungen von Isserlin bestätigen und gibt an, dass der Sprechstimm-fang der Taubstummen nicht wesentlich kleiner sei als jener Normalhörender nd dass die Tonhöhenschwankungen in der Taubstummensprache denen der prache Hörender an Umfang im allgemeinen gleich seien. Der Eindruck der

Monotonie aber liess sich auf Grund seines Untersuchungsmaterials zunächst ni… erklären.

NADOLECZNY

56) **Walter Wiebe. Schematische Darstellung der Atemkurven.** *Vox. H. … S. 53. 1921.*

Aus den Zahlen für Dauer, Ausdehnung der In- und Exspiration hat W. … Berücksichtigung des zeitlichen Verhältnisses zwischen Brust- und Bauchatmu… eine graphische Darstellung der Atmung konstruiert, welche den Vorzug der An… schaulichkeit hat.

NADOLECZNY

f) Oesophagus.

57) **Erich Widmann. Ueber angeborene und über krebsige Speiseröhren-Luft… röhrenfistel.** Aus dem pathol. Inst. des Stadtkrankenh. Mainz. *Virch. Ar… Bd. 233. S. 185. 1921.*

Zwei Fälle, von denen der erste einen angeborenen Defekt, der zweite e… Fistelbildung bei primärem Luftröhrenkrebs darstellt.

Bei ersterem Fall handelte es sich um einen 34 Jahre alten Landsturmmann, der einer hämorrhagischen Bronchitis gripposa erlag. Die Fistel fand sich an … Rückseite der Luftröhre, wo sie als bleistiftdicker Trichter in der Höhe … 10. Trachealrings begann, nach abwärts verlaufend 7,7 cm unterhalb der Incisura interarytaenoidea in die Speiseröhre mündete. Nirgends Schwielen oder Narben. Mit 2 mm dicker Sonde war sie glatt durchgängig. Dass Träger einer solchen Fistel ein höheres Lebensalter erreichten, ist bis jetzt kaum beobachtet worden.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen Plattenepithelkrebs der Luftröhre, die Oeffnung war 3 cm unterhalb der Incisura interarytaenoidea. Auf Grund … histologischen Untersuchung glaubt W. annehmen zu dürfen, dass sich das Karzinom aus embryonal in der Luftröhre wandverlagerten Keimen aus der Zeit … Abschnürung von Luft- und Speisewegen entwickelt habe.

DREYFUSS

58) **Lüscher** (Bern). **Kongenitales Divertikel der seitlichen Oesophaguswand.** *Zeitschr. f. Lar. Mai 1921.*

Verf. berichtet ausführlich über einen erfolgreich operierten Fall von Traktions-Pulsionsdivertikel, dessen Genese nach dem anatomischen Befund auf e… Fistel des 3. Branchialastes zurückgeht. Eingehende Literaturangaben.

SCHLITTLER

59) **K. Greif. Zur Pathologie des Oesophagusdivertikels.** *Casopis Lekaru Ceskych. No. 36. 1921.*

Bei einem 49jährigen Pat. wurde 20 cm von der Zahnreihe ein Pulsionsdivertikel der hinteren Oesophaguswand festgestellt und mit den gangbaren Methoden (Sonde, Skiaskopie und Oesophagoskopie) genau untersucht. Der Fall b… mancherlei Interessantes.

1. Eine gewisse Heredität, da auch der Vater des Pat. ähnliche Beschwerden gehabt hatte.

2. Die Deglutitionsstörung bestand nur am Anfange der Nahrungsaufnahme, war der Sack einmal gefüllt, so passierten alle Speisen anstandslos vorbei.

3. Schiefstellung der Glottis von rechts vorne nach links hinten bei gefülltem, normale Stellung bei leerem Divertikel, ein Befund, der sich noch nirgends verzeichnet findet.

4. Es bestand weder Erbrechen noch übler Geruch.

Die Entstehung der Affektion in diesem Alter erklärt G. durch mechanische Ursachen, bei vorhandener vielleicht hereditärer Prädisposition. R. IMHOFER.

8) J. Guisez. Pathogenese und Behandlung der grossen Oesophagusdilatationen. (Pathogénie et traitement des grandes dilatations de l'oesophage.) *La Presse médicale. 20. August 1921.*

Unter dieser Bezeichnung ist eine wohl charakterisierte Affektion zu verstehen, die hauptsächlich beim Erwachsenen vorkommt, in einer grossen Erweiterung der unteren zwei Drittel des Oesophagus besteht; man nennt sie zu Unrecht „idiopathisch" (Sargnon hat kürzlich für diese Oesophagusdilatationen die Bezeichnung „mégaesophage" gebraucht). Seit Einführung der Oesophagoskopie und der Röntgenuntersuchung werden diese Fälle häufiger diagnostiziert; G. hat während des Jahres 1920 deren 35 Fälle beobachtet, 21 bei Männern und 12 bei Frauen.

Die Theorie einer primären Atonie des Oesophagus trifft nach G. nur für ganz exzeptionelle Fälle zu, bei denen der Oesophagus gelähmt sein kann, er hat nur 3 solche Fälle im Gefolge von Diphtherie beobachtet. In diesen Fällen bewahrt der Oesophagus immer eine spindelförmige Gestalt, man findet niemals dabei die grossen Dilatationen. G. hält für die Grundlage der grossen Dilatation den Kardiospasmus, besser noch Phrenospasmus; denn seiner Ueberzeugung nach spielen sich die meisten Erscheinungen im Niveau der Zwerchfellöffnung ab oder vielmehr des „Kardiakanals" ab, d. h. der engen Endportion des Oesophagus, die im Niveau der Zwerchfellöffnung beginnt und sich 2 cm nach unten fortsetzt. Die Wiederholung desselben funktionellen Spasmus führt lokal zu einer Stase, einer Oesophagitis, wodurch die Reizung unterhalten wird; infolge der Entzündung der Mukosa und der darunter liegenden Schichten kommt es zu tiefergreifenden Läsionen, es bildet sich eine entzündliche Stenose mit Hypertrophie der Schleimhaut und der Muskulatur und oft mit Narbendegeneration. Verf. erörtert dann die Symptomatologie dieser Erkrankung, die — während einer langen Dauer — diejenige einer funktionellen Undurchgängigkeit der Kardia ist; im weiteren Verlauf kommt es zu demselben Symptomenbild wie bei den organischen Stenosen des Oesophagus. — Es wird weiter besprochen die Diagnostik der Erkrankung mittels Katheterismus, Röntgenstrahlen und Oesophagoskopie. Besonders charakteristisch ist, dass die Dilatation, innerhalb deren man mit dem Rohr grosse Exkursionen machen kann, grosse Mengen von schon vor Tagen aufgenommenen Nahrungsmitteln enthält. Bei keiner anderen organischen Stenose findet man eine derartige Stase der Nahrung. Die lokale Behandlung der Stenose basiert auf dem ösophagoskopischen Befund: Handelt es sich um eine einfache spastische Stenose, mit geringer entzündlicher Degeneration, so beschränkt man sich auf die Dilatation mittels Olivenbougies, die aber ad maximum betrieben werden muss. Wendet man aber eine einzige dicke Bougie an, so darf man nicht über Nr. 58 gehen. Seit

Jahren wendet Verf. die „dilatation multi-bougiraire“ an, darin bestehend, dass man erst zwei dünne Bougies bis über die Kardia einführt und dann zwischen ihnen eine dicke oder dass man erst eine Bougie 24 oder 25 einführt und daneben eine Nr. 50—54. Diese Bougies bleiben 10—15 Minuten liegen. Bei entzündlicher Stenose, besonders im narbigen Stadium, führt man unter Leitung des Oesophagoskops eine Bougie filiforme in die Stenose ein, die mehrere Stunden liegen bleibt und den Weg bahnt für dickere Bougies.

In schwersten Fällen kommt die Gastrotomie in Frage. FINDER.

61) **Max Sgalitzer** (Wien). **Zur Röntgendiagnostik der Speiseröhrenerkrankungen, speziell des Speiseröhrenkrebses.** Aus dem Röntgenlaborat. der I. chir. Univ.-Klinik Wien. *Arch. f. klin. Chir. Bd. 116. S. 53. 1921.*

Die mit 23 Textabbildungen versehene Arbeit gibt einen guten Ueberblick über den heutigen Stand der Röntgendiagnostik ösophagealer Erkrankungen. Die Aufnahmen sind in 3 verschiedenen Richtungen gemacht, frontal, sagittal und in Fechterstellung und illustrieren in vorzüglicher Weise die Art, wie sie sich gegenseitig ergänzen.

Bemerkenswert ist, dass wir durch die seitliche Aufnahme in die Lage versetzt sind, Tumoren auch ohne Kontrastfüllung zur Darstellung zu bringen, weil sie sich so von dem lufthaltigen Lungengewebe gut abheben.

Sehr belehrend ist auch, was Sg. über die Divertikel- und Fremdkörperdiagnostik sagt. Bei letzteren, die ja manchmal, in Falten der Speiseröhre versteckt, dem Oesophagoskop entgehen, empfiehlt sich behufs Entfernung eine Kombination beider Methoden: Einführung des Oesophagoskops bei Röntgendurchleuchtung bis zu der Stelle, wo die Durchleuchtung den Fremdkörper erweist. Auch über Oesophago- und Kardiospasmen bringt die Arbeit, deren Lektüre ich dringend empfehle, einiges Bemerkenswertes. DREYFUSS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **H. Braun,** Die örtliche Betäubung. Sechste ergänzte Auflage. 1921. Joh. Ambros. Barth.

Obwohl die „örtliche Betäubung“ in der neuen Auflage für unsere Fachwissenschaft nicht viel des Neuen bringt, so scheint mir doch, dass wir bei der Bedeutung des Buches an einer neuen Auflage nicht stillschweigend vorbeigehen dürfen. Schon einmal wurde nach $^5/_4$ Jahren eine neue Ausgabe notwendig und jetzt sind seit der letzten Auflage wenig über $1^1/_2$ Jahr verflossen.

Uns besonders interessierend ist die Angabe, dass Vergiftungserscheinungen nach Einspritzungen von Novokainlösungen besonders häufig bei „Unterbrechung des Plexus cervicalis am Halse“ beobachtet worden sind. Sodann ist es auffällig, dass er die Anästhesie mit Chininharnstoff kaum erwähnt und den Namen Ephraim, der ja in der Erprobung des Mittels so Vorzügliches geleistet hat, in der neuen Auflage gar nicht nennt. B. scheint keine Versuche mit Oberflächenanästhesie (Luftröhre) gemacht zu haben, da er von gewebsschädigenden und reizenden Nebenwirkungen spricht, die er in allen untersuchten Präparaten gefunden habe.

Die im übrigen nicht sehr erhebliche Einschränkung des Literaturverzeichnisses dürfte vielen Verehrern des vorzüglichen Buches nicht ganz nach dem Herzen sein. Man war eben gewohnt im „Braun" ein Standardwerk zu sehen, in dem man alles — auch die vollständige Literatur — für wissenschaftliche Arbeit fand. Aber, wie gesagt, die Beschränkung der Literaturangaben ist nicht sehr erheblich und mag sich im Interesse der Handlichkeit nicht haben umgehen lassen. Für literarische Nachweise wird man die frühere Auflage mit zu Rate ziehen müssen.

Die neue Auflage ist nur wenig verändert, sie zeigt alle Vorzüge der früheren, grösste Erfahrung und reifste Erkenntnis auf der einen Seite, sorgfältige Berücksichtigung des praktischen Bedürfnisses, genaueste Beschreibung der Methodik und Anleitung zur Ausführung derselben auf der andern.

Eine Empfehlung des Buches erübrigt sich, wer sich irgend wissenschaftlich mit Anästhesiefragen beschäftigt, der kennt es und für den ist es unentbehrlich.

P. Heymann.

---

b) Rhino-laryngologische Sektion des ungarischen Aerztevereins.

Sitzung vom 7. Dezember 1920.

Vorsitzender: L. Polyák.
Schriftführer: A. Réthi.

Der Vorsitzende berichtet über die Tätigkeit der Sektion im Jahre 1917. In den folgenden Jahren haben die politischen Verhältnisse eine wissenschaftliche Arbeit unmöglich gemacht. Von den Mitgliedern hat die Sektion den Verlust von E. v. Navratil, A. v. Irsay, A. Onodi, H. Zwillinger und K. Lang zu beklagen.

1. L. Polyák: Neues Ortholaryngoskop zu Kehlkopfoperationen.

Vortr. hat sich schon lange mit der Idee befasst, ein Instrument zu konstruieren, welches bei direkten Kehlkopfoperationen das stereoskopische Sehen mit beiden Augen, die bequeme freie Bewegung der Operationsinstrumente und dabei Einführung und Entfernung des Ortholaryngoskops gestattet, so wie wir bei Nasenoperationen das Spekulum rasch einführen und einstellen können. Das Verfahren soll einfach und leicht handlich, zur Massenbehandlung geeignet sein, sein Hauptzweck ist die Lokalbehandlung der Kehlkopftuberkulose. Die Killiansche Schwebelaryngoskopie ist zu diesem Zweck zu umständlich und eignet sich nicht zur Massenbehandlung, da die Anwendung viel Zeit in Anspruch nimmt. Das Operationsautoskop von Brünings hat Vortr. auch nicht ganz entsprechend gefunden, das vom Verf. angewandte Instrument ist zwar nach dem Prinzip des Brüningsschen Instrument, jedoch handlicher und eine Serie von verschieden langen und breiten Spateln gestattet zu jedem Fälle die geeignete Länge zu wählen. Das Instrument ist seit einem Jahre in Gebrauch und hat sich bei dem direkten Kurettement und der Kaustik der Kehlkopftuberkulose sehr bewährt.

Diskussion: A. Réthi: Das neue Instrument ist wegen der Einfachheit der Handhabung, präzisen und leichten Durchführbarkeit der Operationen als ein Fortschritt zu betrachten. Das Instrument ist leicht beweglich, die entsprechende Partie des Kehlkopfes leicht einstellbar und in dieser Lage gut fixierbar.

2. E. Pollatschek: Demonstration eines Sprachapparates, w... durch den Pat., der nach Totalexstirpation des Kehlkopfes geheilt wurde, ... struiert worden ist.

3. M. Paunz: Schussverletzung der Stirnhöhle.

Die Kugel drang in die Mitte der Stirn ein, eröffnete beide Stirnhöhlen, zerstörte das rechte Auge. Bei der Aufnahme eiternde Fistel in der Mitte der S... welche von anderen Händen bereits zweimal erfolglos ausgekratzt wurde. Erö... beider Stirnhöhlen mit einem T-Schnitt in Lokalanästhesie; auf dem zerst... Fundus der rechten Seite wird von dem Narbengewebe ein haselnussg... Neurom des N. supraorbitalis entfernt und die Schleimhaut ausgekratzt. Killiansche Operation. Naht. Fistel in 8 Tagen zugeheilt. Wichtig ist bei Schussverletzungen der Nebenhöhlen, welche Fisteln erzeugen, die Höhlen zu eröffnen, gründlich ausräumen, auskratzen und für breite Kommunikation ... die Nasenhöhle zu sorgen.

Diskussion:

v. Lenart berichtet über einen ähnlichen Fall. Die Kieferhöhlen op... er zumeist intranasal.

A. Réthi: Die intranasale Behandlung der Kieferhöhlen ist nicht ... erfolgreich. Im Falle von Pansinusitis verlängert er den Killianschen S... um 1—1 $^{1}/_{2}$ cm und eröffnet von hier sämtliche Nebenhöhlen.

E. Pollatschek beginnt die Kieferhöhlenoperation intranasal und ... dann, falls nötig, auf die Denkersche Operation über.

E. Polyák hat mit der Sturmannschen Operation die ganze ... jedem Falle breit eröffnen, durchsehen und ausräumen können.

4. Z. v. Lénart: Das Verschliessen einer ösophago-bronchi... Fistel auf endoskopischem Wege.

Die 28 Jahre alte Patientin litt nach Aetznatronvergiftung an Oesoph... striktur, wegen welcher sie sondiert wurde; nach einiger Zeit verspürte sie, ... die verschluckten Speisen in die rechte Lunge gelangen und unter krampf... Husten sofort expektoriert werden. — 18 cm von der Zahnreihe erschei... Speiseröhre durch eine weissliche Narbe verschlossen, an der zwei klein... nungen sichtbar sind, die mittlere führt weiter in die Speiseröhre, die zweit... rechts von der ersten und bildet einen schmalen und starren kleinen Spalt... hier eingeführte Sonde erweckt heftigen Hustenreiz. Röntgendurchleuchtung: ... verschluckte Wismuthbrei gelangt durch den Fistelgang in die rechte Lunge, ... hier durch einen halbkreisförmigen Bogen von Bronchus zu Bronchus in ... rechten Hauptbronchus und von hier in die Luftröhre hinein. Die Verschlies... der Fistel geschah durch wiederholte Paraffininjektionen von hohem Sch... punkte um den Fistelgang herum, bis die Oeffnung so eng wurde, dass sie ... erkenntlich war. Das Schlucken wurde nun besser und Pat. nahm in 3 Mo... 12 kg an Gewicht zu, sie kann sowohl kompakte, wie flüssige Nahrung ... schlucken und ist vollständig arbeitsfähig.

5. E. v. Tóvölgyi: Zwei mittels Laryngofissur behandelte F... von Kehlkopftuberkulose. (Demonstration von Präparaten.)

Vortr. hat über dieses Thema schon publiziert und über Erfolge beri... will aber auch die Misserfolge demonstrieren, um über den Wert der Method...

ares Bild zu geben. Der Misserfolg ist in beiden Fällen laut Obduktionsbefund im Umstande zuzuschreiben, dass der Zustand der Lungen weit schwerer war, s er durch den Lungenbefund in vivo supponiert wurde, Fall 1 war ausserdem solchem operativen Eingriffe auch deshalb nicht geeignet, weil er dem 6. Punkt r Postulate von Verf. Publikation (Orvosi Hetilap, Aug. 1920) nicht entsprach, ut welcher ein solcher Eingriff nur dann indiziert sei, wenn auf eine vorherehende endolaryngeale galvanokaustische Behandlung der Kehlkopf stark reagiert nd Neigung zur Heilung äussert. Verf. demonstriert ferner einen Spatel für den nterarytänoidalraum, zur Emporhebung dieser Region während der Laryngofissur.

Sitzung vom 19. März 1921.

Vorsitzender: Z. v. Lénart.
Schriftführer: D. Dörner.

Der Vorsitzende gedenkt des grossen Verlustes, welcher die Wissenschaft und die ganze Menschheit durch das frühzeitige Ableben Gustav Killians getroffen hat.

1. J. Safranek: Traumatischer Defekt des Kehlkopfes und der Speiseröhre.

Der 35 Jahre alten Patientin sind bei einem Raubmordversuche nebst verschiedenen Stichwunden am Körper tiefe Messerschnitte am Halse gemacht worden, wobei der grösste Teil des Kehlkopfes und der angrenzenden vorderen Wand der Speiseröhre förmlich ausgeschnitten worden sind. Vortr. hat die Pat. nach mehreren Wochen mit einem grossen Defekt am Halse, Speiseröhrenfistel und im tracheotomierten Zustande zur Behandlung bekommen.

2. J. Safranek: Pemphigus des Rachens und des Kehlkopfes.

Das Leiden besteht seit einem halben Jahre, die Haut ist bisher verschont, dagegen waren beide Augen angegriffen, Pat. ist fieberfrei, doch schreitet die Kachexie langsam vor.

3. Z. v. Lénart: Seltenes Sarkom des Rachens und der Mundhöhle.

22jähriger Mann, starke Drüseninfiltration am Halse, weicher und harter Gaumen grösstenteils zerstört, Alveolarfortsätze nekrotisch. Tonsillen in grosse ulzerierende Tumoren verwandelt. Mikroskopischer Befund: Sarkom, Wassermann negativ. Vortr. schreibt die Veränderungen dem gleichzeitigen Auftreten von Lues und Sarkom zu, die antiluetische Behandlung blieb aber ohne Erfolg.

Diskussion: v. Tóvölgyi und Pollatschek teilen die Ansicht des Vortr., Réthi hält es nicht für ausgeschlossen, dass die Zerstörungen nur dem sarkomatösen Prozess zuzuschreiben sind.

4. Z. v. Lénart: Aspirierte Bohne in der Luftröhre.

6jähriges Mädchen hat die Bohne vor 48 Stunden aspiriert. Starker Stridor. Asphyxie von Beginn der Chloroformnarkose. Sofortige Tracheotomie, die Bohne ist durch die Tracheotomiewunde ausgehustet worden.

5. A. Réthi: Rezidivierendes Fibrom des Kehlkopfes. Methode zur Offenhaltung des Kehlkopfes.

47jähriger Mann. Dringende Tracheotomie, nach 4 Wochen Laryngofissur und Entfernung des diffusen Tumors. Starke Reaktion. Dekanülement nach acht Tagen. Nach 2 Monaten Rezidive, zweite Laryngofissur, offene Wundbehandlung

mit Hilfe einer viereckigen Platte aus künstlichem Bernstein, welche eine l für die Kanüle besitzt. Die Platte war 4 mm dick, mit abgerundetem Rande.

Diskussion: Pollatschek ist der Meinung, dass in solchen Fälle Laryngostomie am Platze ist.

6. A. Réthi: Technik der totalen Kehlkopfexstirpation.

Die Heilung ist zumeist sekundär, da eine primäre und eine sekund fektion mit dem Speichel vorkommen. Während der Operation kommt Speichel auf die Wunde (primäre Speichelinfektion). Nach der Operation i Schleimhaut wegen Ligatur der Arterie unterernährt, und kann wegen Sp der Nähte an den Rändern absterben, ausserdem wird beim Schlucken der Rand der Wunde durch das Zungenbein nach oben gezogen, wodurch die leicht reissen und so erfolgt die sekundäre Infektion. Réthi präpariert den kopf frei, löst ihn von der Speiseröhre, durchschneidet die Trachea an der des Kehlkopfes und fixiert sie an der Haut. Das Zungenbein wird entfernt, di mylo-hyoidei und genio-hyoidei bis zur Mitte ihrer vertikalen Länge frei präp dadurch verliert die Zunge ihre Stütze, sinkt um 3—4 cm tiefer und fällt rückwärts. Der Kehlkopf wird von unten nach oben frei präpariert und ent zuvor aber werden Fäden in die Schleimhaut auf beiden Seiten gezogen. D Schleimhaut jetzt sackartig zu heben ist, kann vom hinteren Rachenrande Schleim in die Wundhöhle gelangen. Fortlaufende quere Naht der Schlei darüber feste Naht. Die Konstriktoren können jetzt zusammengezogen werd da die Schluckbewegungen nun keine Traktion verursachen, sind die Bedin der primären Heilung gegeben.

Diskussion: v. Lénart erwartet keinen grossen Vorteil von dies änderung der Technik: Die Nekrose der Rachenschleimhaut kann auch alten Methode vermieden werden, insbesondere wenn die Ligatur der Art. lar sup. unterlassen wird.

Polyá

---

c) Verhandlungen der dänischen oto-laryngologischen Gesellsc

135. Sitzung vom 11. Dezember 1920.

(Fortsetzung.)*)

N. Rh. Blegvad: Die Lokalanästhesie in der Oto-Laryngolo

B. verwendet immer Zusatz von Kaliumsulfat in 0,4proz. Lösung. Zur tungsanästhesie wird eine 2proz. Lösung von Novokain, zur Infiltrationsanäst $^1/_4$—$^1/_2$proz. Lösung (Höchster Novokain-Adrenalintablette B.). Eine Stunde grösseren Operationen wird Skopolamin-Pantopon gegeben. Sollten während Operation bei einzelnen Manipulationen, z. B. bei Exkochleation der Trommelhöh Schmerzempfindungen entstehen, so kann man dem Patienten ein oder meh Male einen Aether- oder Chloräthylrausch geben. Die Leitungsanästhesie des Ne maxillaris wird nach Offerhaus (Arch. f. klin. Chir., 1910, Bd. 92, S. 47) au führt und speziell verwendet bei der Kieferhöhlenoperation, welche B. Denoker ausführt; hier wird dann zugleich Infiltrationsanästhesie der Co inf., der Medialwand der Nase und der Partie um den Sinus pyriformis vorgenomm

*) Siehe Zentralbl. diesen Band S. 109.

Von 27 Fällen war die Anästhesie in 19 komplett, in 2 ganz gut, in 6 Fällen schlecht (mangelhafte Technik!)

Mit derselben Anästhesie sind 11 Operationen nach Lautenschläger-Halle ausgeführt, nur in 2 von diesen Fällen war die Anästhesie schlecht. Ernstliche Unfälle bei der Injektion in den Nervus maxillaris hat B. nicht wahrgenommen; hin und wieder Hämatom in der Backe, wenn eine Arterie oder grössere Vene getroffen wurde.

Stirnhöhlenoperationen werden nach Leitungsanästhesie des Nerv. frontalis und lacrymalis vorgenommen, wo diese um den Margo supraorbitalis drehen; ausserdem wird der Nerv. maxillaris anästhesiert (mit Rücksicht auf die hintersten Siebbeinzellen und Sinus sphenoidalis).

Zu Wests Operation wird Anästhesie des Nerv. ethmoidal. ant. verwendet, eventuell in Verbindung mit Infiltrationsanästhesie der Schleimhaut der Nase. Bei Siebbeinoperation kann Anästhesie des Nerv. ethmoidal. ant. und post. verwendet werden. Hier hat B. jedoch keinen Erfolg gehabt, erinnert an die Gefahr bei Injektionen des Novokains in die Tiefe subperiorbital (nachfolgende Amaurose beobachtet).

Bei Operationen an der Concha inferior und im Larynx kommt Pinselung der Schleimhäute mit 10proz. Kokain-Adrenalinlösung im ganzen dreimal mit 10 Minuten Zwischenraum in Anwendung; 20—30 Minuten nach der letzten Pinselung geht man zur Operation, hierdurch wird komplette Anästhesie auch des Periosts der Concha inferior erreicht.

Die Tracheotomie wird in lokaler Anästhesie mit 2proz. Novokain-Adrenalinlösung wie bei einer Umspritzung der Trachea nach Most ausgeführt. Vor der Inzision in die Trachea werden einige Tropfen 10proz. Kokain durch ein Ligamentum annulare in die Trachea injiziert.

Laryngofissur wird nach Leitungsanästhesie des N. laryngeus superior und rhombenförmiger Anästhesie vor Larynx-Trachea ausgeführt. Vor der Eröffnung des Larynx werden durch die Membrana crico-thyreoidea einige Tropfen 10proz. Kokain aufwärts in das Lumen des Larynx injiziert, indem der Patient den Kopf stark hintenüber beugt, dann einige Tropfen nach unten gegen die Trachea, während der Patient aufrecht sitzt.

Anästhesie des äusseren Gehörgangs wird am sichersten durch v. Eickens Methode erreicht.

Bei Operation der Trommelhöhle und der Ohrenknochen verwendet man die von Neumann angegebene Methode.

Das Trommelfell wird mit der von Blegvad angegebenen Salizyl-Kokainlösung anästhesiert, vor dem Gebrauch wird ein Tropfen Sol. suprarenin zugesetzt. Die Anästhesie tritt im Laufe von 20—30 Minuten ein.

Resektion des Proc. mast. wird in Lokalanästhesie vorgenommen, indem zuerst ein Hackenbruchscher Rhombus um das äussere Ohr gebildet wird (es wird nur subkutan, nicht subperiostal injiziert), darnach injiziert man den Gehörgang nach v. Eicken; soll Totalaufmeisselung (Radikaloperation) stattfinden, wird ferner die Trommelhöhle nach Neumann anästhesiert; es wird hierdurch gute Anästhesie für die ganze Operation erreicht; jedoch können einige Schmerzgefühle in der Trommelhöhle selbst vorkommen, welche daher vor der Exkochleation mit einer 10proz. Kokainlösung zu pinseln ist.

Besonders bei Diabetikern und im Falle von Labyrinthfistel (vgl. Bárány) ist es ein Vorteil, bei Ohrenaufmeisselungen Lokalanästhesie zu verwenden.

Die Tonsillektomie wird unter Anästhesie mittels Einspritzen einer $^1/_2$ proz. Novokainlösung in den hinteren Gaumenbogen sowie in die Kapsel der Tonsille ausgeführt, indem Blegvads krumme Kanüle über den oberen Mandelpol sowie durch eine der untersten Lakunen bis zur Kapsel eingeführt wird. Es werden ca. 20 ccm der Lösung an der Aussenseite jeder Tonsille deponiert. Unmittelbar nach Abschluss der Injektionen kann schmerzfrei operiert werden.

Diskussion: Ebbe Bergh, Heilskov, Strandberg, Lund, Hallas, Blegvad.

L. Mahler: Zwei Fälle von Luxation der Cartilago arytaenoidea.

1. Bei einem 47jähr. Mann, welcher seit einer Diphtherie vor 30 Jahren stets eine rauhe und heisere Stimme gehabt, fand man laryngoskopisch die rechte Cartilago arytaenoidea nach innen und vorne in die Kehlkopfhöhle gedreht, so dass die hintere Hälfte der Rima glottidis und die rechte Stimmlippe verdeckt wurde, sie lag fast quer im Lumen des Larynx. Die rechte Stimmlippe steht unbeweglich ungefähr in der Mittellinie.

2. Bei einem 28jähr. Weibe, das seit seiner Geburt immer heiser gewesen, findet sich ein ganz ähnliches laryngoskopisches Bild, nur ist es hier die linke Seite, welche luxiert ist.

Diskussion: Hallas demonstriert einen ganz ähnlichen Fall vermutlich auf kongenitaler Basis bei einem 19jähr. Mann. Die Luxation war hier doppelseitig. Bei der Intonation sah man die Cartilagines arytaenoideae einander in der Mittellinie kreuzen; ausserdem bewegten sie sich nach vorne und legten sich über die hintere Hälfte der Glottis hin.

136. Sitzung vom 2. Februar 1921.

Präsident: N. Rh. Blegvad.
Sekretär: Robert Lund.

Robert Lund: Ein Fall von latentem Nystagmus.

Bei einem 20jähr. wohlbegabten Mann wurde der von Graefe geschilderte „latente Nystagmus“, d. h. ein spontaner Nystagmus beim Zudecken des einen Auges nachgewiesen. Ausser diesem Nystagmus wurde nichts Abnormes konstatiert. Besonders zeigten die akustische und die vestibulare Funktionsuntersuchung vollständig normale Verhältnisse; es fanden sich keine Augenmuskellähmungen und kein Strabismus, auch kein latenter Strabismus.

L. Mahler: Thyreotomie ohne Tracheotomie in lokaler Anästhesie mit intralaryngo-trachealer Kokaininjektion.

An 2 männlichen Patienten, Mitte der Sechziger, beide arteriosklerotisch und an Bronchitis leidend, wurden kleine begrenzte Stimmlippenepitheliome in Lokalanästhesie durch Thyreotomie ohne vorhergehende Tracheotomie entfernt. Vor der Eröffnung des Larynx wurden durch die Membrana crico-thyreoidea einige Tropfen 10 proz. Kokain aufwärts in den Larynx und abwärts gegen die Trachea injiziert. Eindringen von Schleim aus dem Pharynx wird vermieden, indem man den Patienten bittet, während der Operation keine Schluckbewegungen zu machen. Die

Wundfläche wurde kauterisiert und es wurde primär in 2 Schichten genäht. Die Patienten standen am 2. bzw. 5. Tag auf und Heilung per primam trat ein.

Diskussion: Blegvad.

Robert Lund: Ein Fall von otogener Enzephalitis von luftbildenden Bazillen hervorgerufen.

Robert Lund: Ein Fall von Fractura baseos cranii.

Boserup und Kragh: Experimenteller Nystagmus mit dissoziierten Fasern.

Otto Boserup: Plastische Operation wegen abstehender Ohren.

Gibt einen Fall nach Ruttins Methode operiert.

Birger Olrik: Ein Fall von syphilitischer Erkrankung des Os zygomaticum.

Bei einem 58jähr. Mann, welcher die letzten 2 Jahre an bohrenden Schmerzen im rechten Oberkiefer, in der rechten Schläfe und in die rechte Stirnseite ausstrahlend, gelitten hatte, wurde eine rote ödematöse Schwellung der dem rechten Os zygomaticum entsprechenden Partie nachgewiesen; diese Schwellung hatte 2 Monate gedauert. — Das Röntgenbild zeigt kleine und grössere fleckenweise Schatten, dem rechten Os zygomaticum entsprechend. Wassermann +++. Der Fall wurde durch die Behandlung mit Jodkalium, Kalomel und Salvarsan (140 cg) vollkommen geheilt.

Jens Kragh: Vaskulär hervorgerufenes Ohrensausen.

Otto Boserup: Beitrag zur Klinik der Trachealstenose.

Der Vortrag wird an anderer Stelle veröffentlicht werden.

C. V. Th. Borries: Ueber otogene Enzephalitis.

C. V. Th. Borries: Beitrag zur Theorie der schnellen Nystagmusphase.

137. Sitzung vom 2. März 1921.

Präsident: N. Rh. Blegvad.
Sekretär: Robert Lund.

Der Präsident gedenkt der beiden jüngst verstorbenen Mitglieder der Gesellschaft, Dr. Porst und Professor Killian.

Die Versammlung ehrt das Gedenken der verstorbenen Mitglieder durch Erheben von den Sitzen.

Holger Mygind: Demonstration eines Gehirns mit exzessiver Kompression infolge subduralen Abszesses.

Schmiegelow: Ein Fall von Epithelioma pharyngis.

Ein 51jähr. Mann wurde vor ca. 10 Jahren wegen eines Epithelioms operiert, welches die linke Tonsille ergriffen, sich hinauf in den weichen Gaumen ungefähr gegen den harten Gaumen hin und medial in die Zungenwurzel sowie vorwärts in den hintersten Teil der Gingiva erstreckte. Der Tumor wurde nach Spaltung der linken Backe von dem Mundwinkel entfernt und zwar so gründlich, dass erst 7 Jahre später Rezidiv eintrat. Während der letzten 3 Jahre ist der Patient wiederholte Male mit Radium und Röntgenbestrahlung mit so gutem Erfolge behandelt worden, dass nur eine kleine kankröse Infiltration in der linken, hintersten Ecke der Zunge noch übrig ist.

Diskussion: Strandberg empfiehlt besonders bei inoperablen malignen Geschwüren in diesen Regionen Behandlung mit Koagulationsnekrose, von welcher er gute Resultate gesehen.

Strandberg: Behandlung retroaurikulärer Fisteln (Ostit. chron. ossis temp.) mit universellen Finsenbädern.

Holger Mygind: Aufmeisselung des Processus mastoideus bei Diabetes.

Robert Lund: Oesophaguszyste in die Pars laryngea pharyngis hineinragend.

Bei einem 1 Monat alten Kind traten plötzlich Erstickungsanfälle ein, veranlasst durch einen zystischen Tumor von der Grösse des letzten Gliedes eines Daumens, der in der Pars laryngea pharyngis gelegen war, von der oberen vorderen Wand des Oesophagus ausging und den Introitus laryngis verdeckte. Der Tumor wurde gleich nach der Ankunft des Kindes im Hospital punktiert. Trotzdem trat kurze Zeit danach der Tod unter Zyanose und Versagen der Atem- und Herztätigkeit ein.

Der Tumor zeigte sich mikroskopisch sowohl an seiner Innenseite als an seiner Aussenseite von mehrschichtigem Pflasterepithel bedeckt. (Veröffentlicht im Arch. f. Laryngol.)

K. Thrane: Fälle von Fremdkörpern im Larynx. Status thymolymphaticus.

Ein Junge von 9 Monaten, welcher einen Augenblick zu Hause sich selbst überlassen war, bekam plötzlich starke Erstickungsanfälle. Die Tracheotomie wurde vorgenommen. Aus Rücksicht auf den äusserst schlechten Zustand des Kindes wurde die Untersuchung bezüglich der Fremdkörper bis auf den nächsten Tag aufgeschoben. Das Kind starb indessen früh morgens. Im Larynx wurde eine halbe Nussschale, auf der linken Stimmlippe reitend, gefunden. Ausserdem fand sich Status thymolymphaticus.

Viggo Schmidt: Das Blutbild bei Kindern mit adenoiden Vegetationen.

Um zu untersuchen, welche Rolle die „exsudative lymphatische Diathese“ beim Vorkommen der adenoiden Vegetationen spielt, erwähnt der Verf. 663 Patienten mit adenoiden Vegetationen, welche im Jahre 1920 in der Abteilung des Reichshospitals für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten behandelt wurden. Von diesen waren nur 17 unter 3 Jahren, 86 um 8 Jahre und 60 Patienten über 16 Jahre alt. Die Kinder waren also zum allergrössten Teil über das Alter hinaus (d. h. unter 3 Jahren), in welchem die Pädiater die akuten exsudativen Symptome beobachten.

Da von pädiatrischer Seite behauptet wird, dass die Rezidive Zeichen einer exsudativen lymphatischen Diathese sind, wird angeführt, dass nur in 5,4 pCt. der Fälle Rezidiv eintrat, und in diesen Fällen waren die Kinder weit über das Alter hinaus, in welchem die lymphatische Diathese vorgefunden wird. Anamnestisch zeigte es sich, dass nur in 11,2 pCt. Zeichen der lymphatischen Diathese in dem früheren Leben der Patienten nachgewiesen werden konnten.

Da einer der Komponenten in der lymphatischen Diathese ein verändertes Blutbild sein soll, wurde bei 56 normalen Kindern und bei 56 Kindern mit ade-

noiden Vegetationen das Blut untersucht, ohne dass ein Unterschied zwischen den beiden Kategorien vorgefunden wurde. Es fanden sich keine Eosinophilie und keine Lymphozytose.

138. Sitzung vom 9. April 1921.

Präsident: N. Rh. Blegvad.
Sekretär: Robert Lund.

N. Rh. Blegvad: Lautenschläger-Halles Operation bei Ozäna.

B. hat 7 Patienten nach L.-H.'s Methode operiert, darunter ein Kind von 9 Jahren. Die Resultate waren gut, nur in einem Falle, wo die Operation nicht ganz gelungen, waren noch einige Krusten und Fötor an der einen Seite. B. meint, dass die Operation in allen schweren Fällen von Ozäna indiziert ist, während die leichteren mit Paraffininjektionen behandelt werden.

Jens Kragh: Einige Fälle von Ohrensausen als vaskuläres Fistelsymptom.

Jens Kragh: Plastische Operation für kongenitale Deformität des äusseren Ohrs.

R. Lund.

---

d) British Medical Association.

89. Jahresversammlung. Newcastle-on-Tyne, Juli 1921.

Section für Oto - Rhino - Laryngologie.

Vorsitzender: G. William Hill.

Diskussion über Fragen der Blutung bei Mandeloperationen.

Brown Kelly: Statistische Bemerkungen über ernstliche und fatale Blutungen nach Operationen an den Tonsillen.

In den 5 Jahren 1887—1891 hat K. in dem Journal of Laryngology, dem Int. Zentralbl. f. Laryng. und den Archives de Laryng. eine Anzahl von schweren Blutungen nach Tonsillotomie — besonders bei Erwachsenen — festgestellt. Zum Vergleich mit der Häufigkeit der nach Tonsillektomie auftretenden Blutungen hat K. das Quinquennium 1916—1920 herangezogen, in dem diese Operation als eingebürgert gelten kann; er hat zu diesem Zweck das Journal of Laryng., Int. Zentralbl. f. Laryng. und das Laryngoscope durchgesehen, letzteres besonders deshalb, weil in Amerika eine besondere Form der Komplikation infolge Blutung — der Lungenabszess — häufig gewesen ist.

Die angeführten Statistiken zeigen, dass Blutungen bei den üblichen Operationen an den Tonsillen, wenn sie sachgemäss ausgeführt werden, sehr selten sind. Was den Vergleich von Tonsillotomie und Tonsillektomie anbelangt, so hat K. ebenso wie seine Kollegen den Eindruck, als wenn nach Anwendung der Methode von Whillis und Pybus sehr viel weniger Blutung auftritt, als bei Anwendung der Mathieuschen Guillotine. Seine eigenen Erfahrungen, betreffend schwere Blutungen bei Kindern, sind gering und kaum nennenswert; die hartnäckigsten Blutungen hat er bei Soldaten beobachtet, bei denen wegen rezidivierender Anginen die Mandeln ausgeschält wurden. In allen Fällen aber hörte die Blutung spontan auf; nur bei einem Fall hielt er es für ratsam, 16 Stunden nach der Operation die Gaumenbögen zu vernähen.

John F. O'Malley: Prädisponierende Ursachen für Blutung bei Mandeloperationen.

Die Erfahrungen von O'M. basieren auf 1600 Fällen von Mandel- und Adenoidoperationen, die in den Jahren 1912 und 1913 mittels Tonsillektomie in Allgemeinnarkose unter Anwendung seiner Guillotine operiert wurden.

Er teilt die prädisponierenden Ursachen ein in:

1. Alter: Bei Kindern ist die Blutung sehr viel seltener als bei Erwachsenen.

2. Geschlecht: Abgesehen von Hämophilie hat nach Ansicht des Referenten jenseits der Pubertät das Geschlecht keinen Einfluss. Jenseits dieser Periode sind Frauen geneigt zu Anämien und Blutveränderungen, die den normalen Stillstand einer Blutung verzögern können. Jenseits des 20. Lebensjahres und besonders in der vierten Dekade sind Männer mehr geneigt zu Erkrankungen der Blutgefässe infolge von Alkoholismus, Nephritis, Syphilis.

3. Menstruation:. Es sind mehrere Fälle von starker Blutung nach Operationen während der Menses berichtet; die Zeit der Menses und die vorhergehende Woche sind am kritischsten. Vielleicht ist die Gerinnungsfähigkeit des Blutes in dieser Periode herabgesetzt.

4. Abnormer Gefässverlauf: Es kommen in Betracht: Geschlängelte und pulsierende arterielle Gefässe (Pharyngea ascendens, Carotis interna und externa). Sichtbare Pulsation lässt nicht immer den Schluss zu, dass abnorme oder ungewöhnlich grosse Gefässe vorhanden sind, denn Pulsation kann leicht bei dünnen Personen durch Uebertragung hervorgerufen werden, wenn die über den grossen Gefässen liegenden Gewebe gegen diese angedrängt werden. Oberflächliche grosse Venen sind selten die Ursache von Blutungen. Entzündung verursacht vermehrte Vaskularisation und diese disponiert zu vermehrter Blutung.

Fibrosis der Tonsillen, als Folge von Involution, Entzündung oder Eiterung bildet eine Ursache sekundärer Blutung, da die durchschnittenen Gefässe sich nicht kontrahieren und retrahieren.

Eine ganze Anzahl von Blutungen, zum Teil mit tödlichem Ausgang, sind berichtet bei Peritonsillitis infolge von Erosion tonsillärer und extratonsillärer Gefässe; die Blutungen traten sowohl spontan auf wie bei Eröffnung des Abszesses.

Hämophilie sollte nur dann diagnostiziert werden, wenn häufig Blutungen, wenn nicht seit der Geburt, so doch seit frühester Kindheit auftraten. Sonstige Ursachen sind Purpura, Arteriosklerose; auch einige Fälle von Aneurysma der Art. tonsillaris sind berichtet. Dass Basedow und Herzkrankheiten zu Blutungen prädisponieren sollen, kann Referent auf Grund eigener Erfahrungen nicht bestätigen.

Als prophylaktische Mittel erwähnt Ref.: Calcium lacticum, Pferdeserum, Menschenblutserum, Hämoplastin (1 ccm subkutan 15 Minuten vor und am Ende der Operation), Koagulose (lokal angewandt 0,65 g in 8—10 ccm sterilem Wasser gelöst), Adrenalin und Pituitrin.

Als ideale Methode bezeichnet Ref.: Zwei Dosen Pferdeserum oder Hämoplastin in Zwischenräumen von 48 Stunden subkutan, die letzten 2 Tage vor der

Operation und unmittelbar — vielleicht $^1/_2$ Stunde — vor dieser eine subkutane Injektion von Pituitrin.

Herbert Tilley: Der Einfluss der operativen und Anästhesierungstechnik auf ernstliche Blutungen bei Mandeloperationen.

Die Frage ist: Bei welcher Methode der Enukleation kommen mehr Blutungen vor, bei der mittels Guillotine oder der Ausschälung („Dissektion“)?

T. hat von 1911—1916 die verschiedensten zur Enukleation angegebenen Guillotinen angewandt, ohne befriedigt zu sein; er fand schliesslich das alte Morell-Mackenziesche Instrument mit stumpfer Schneide besser als alle anderen. Von 1916 bis jetzt wendet er nur die Methode der Dissektion an. Zwei Gründe bewogen ihn, die Guillotine aufzugeben: 1. Die Enukleation mittels Ausschälung schien das bessere chirurgische Verfahren und ist für alle Fälle geeignet. 2. Blutung während der Operation ist geringer und kann leichter gestillt werden; schwere postoperative Blutungen sind in T.'s Praxis nicht mehr vorgekommen, seitdem er die Guillotine aufgegeben hat. So ist besonders im Hinblick auf die Gefahr der Blutung die Methode der Ausschälung vorzuziehen. Bei Anwendung der Guillotine werden die Blutgefässe mehr oder weniger scharf bei ihrem Eintritt in die Kapsel in transversaler Richtung durchschnitten, während bei der Ausschälung die Gefässenden zerrissen oder zerfasert bleiben; in erstem Fall steht die Blutung schwer, besonders wenn das Gefäss von fibrösem Gewebe umgeben ist, in letzterem neigen die Gefässwände dazu, sich zu kontrahieren und retrahieren, auch ist es leichter, das Gefäss mit der Zange zu fassen. T. hat in 670 Fällen von Ausschälung der Mandel nur 4 ernstliche postoperative Blutungen gehabt ($^5/_8$ pCt.), während bei Anwendung der Guillotine die Prozentzahl mindestens 4—5 betrug.

Bei Kindern bis zur Pubertät übt er zwei Minuten lang eine Kompression mittels eines festen Tampons steriler Watte aus, der in die Wundhöhle gepresst wird. In der grossen Mehrzahl der Fälle fasst er nach Ausschälung des oberen Poles den leicht sichtbaren Tonsillarast der A. palatina descendens und unterbindet ihn nach völliger Entfernung der Tonsille. Wenn der obere Pol aus seinen Verbindungen gelöst ist, so lässt sich die übrige Mandel leicht ausschälen, indem man ein kleines Stück trockene sterile Watte zwischen Kapsel und umgebendem Gewebe sanft nach abwarts drückt. Die untere fibröse Anheftung oder der Zungenfortsatz der Tonsille wird dann mit der Zange gefasst und auf der medialen Seite durchschnitten. T. stellt den Satz auf: „Wenn der Tonsillarast der A. palatina post. unterbunden oder mit der Zange sicher gefasst ist und der Patient den Operationstisch mit trockener Tonsillarbucht verlässt, so entsteht keine ernstliche Nachblutung.“ T. hat niemals die Gaumenbögen zusammengenäht; er betrachtet die Unterbindung des blutenden Gefässes als die gegebene chirurgische Massnahme.

T. operiert immer in Narkose; es wird erst Aether gegeben, bis die Halsreflexe erlöschen und dann, wenn die eigentliche Operation beginnt, mit Chloroform durch einen Junkerapparat weiter narkotisiert. Pat. erhält 45 Minuten vor der Operation eine Atropineinspritzung. Der Pat. liegt mit einem Sandkissen unter den Schultern, so dass der Kopf weit extendiert werden kann; wenn er ins Bett zurückgelegt wird, muss er auf eine Seite gelagert werden mit leicht extendiertem Kopf. Die Lagerung muss so sein, dass die Atembewegungen nicht behindert sind.

Irwin Moore: Chirurgische Entfernung der Tonsille.

Nach der Tonsillotomie oder der Tonsillektomie mit der Guillotine tritt zuerst ein paar Sekunden lang eine heftige Blutung auf, die aber — besonders bei Kindern — in 3—5 Minuten aufhört. Hört die Blutung nicht auf oder kehrt sie nach anfänglichem Sistieren wieder — was in 3—6 Stunden der Fall zu sein pflegt — so muss der Rachen mit einer Stirnlampe abgeleuchtet, die Tonsillarregion durch Abtupfen vom Blut gereinigt werden und zur Stillung der Blutung entweder durch kontinuierliche Kompression, Ligatur oder temporäre Vernähung der Gaumenbögen geschritten werden.

Der gefährlichste Typus der wenige Stunden nach der Operation auftretenden Sekundärblutung ist die kapilläre Blutung von der ganzen Wundoberfläche. Das Blut wird dabei oft verschluckt und in wiederholten Brechattacken herausbefördert; oft bedeckt ein grosses Koagulum das Mandelbett und verhindert, dass die Gefässe sich retrahieren. Ein Teil dieses Koagulums kann an der Seite des Pharynx herabhängen und reizt zum Würgen. Das Koagulum muss entfernt werden, worauf meist die Blutung steht. Kinder und jugendliche Individuen vertragen Blutverlust besonders schlecht; die meisten tödlichen Fälle kommen in diesem Alter vor.

Bei allgemeiner nicht zu lokalisierender Blutung presse man einen Tampon fest mit dem Daumen in das Tonsillarbett, während gleichzeitig mit dem Finger eine Kompression unterhalb des Kieferwinkels oder auf die Halsgefässe ausgeübt wird. Nach 10—15 Minuten steht gewöhnlich die Blutung. Blutende Gefässe werden mit langen Arterienklemmen gefasst; den Tonsillarast der A. palatina ascendens bekommt man zu Gesicht, wenn man den Supratonsillarrand des Gaumens nach oben zieht.

Bei der in Narkose ausgeführten Tonsillektomie mittels Ausschälung liegt der Pat. mit extendiertem Kopf, die Schultern durch einen Sandsack erhöht; der Operateur steht zu seinen Häupten.

Die Blutung während der Operation lässt sich gewöhnlich durch Tupfen beherrschen; sollte ein Gefäss spritzen, so ist es zu fassen und zu unterbinden.

Steht die Blutung unmittelbar nach Entfernung beider Tonsillen nicht und ist kein blutendes Gefäss zu finden, so wird die blutende Stelle gefasst und unterbunden; um das Abgehen der Ligaturen zu verhüten, wird eine Nadel mit Faden durch die Muskulatur der Mandelbucht hindurchgeführt, so dass die Ligatur das blutende Gebiet umfasst. Gelingt es nicht, mittels Ligatur die Blutung zum Stehen zu bringen oder in Fällen, wo die Blutung nicht zu lokalisieren ist, kann die temporäre Vernähung der Gaumenbögen ratsam sein. T. schildert die von ihm für diese Massnahme angewandte Technik. In den meisten Fällen genügt die Vernähung der Gaumenbögen, ohne dass die Tonsillarbucht austamponiert wird. Im allgemeinen empfiehlt sich, die Fäden nach 12 Stunden zu entfernen. Die Vernähung der Gaumenbögen wird von T. als ein sicheres Präventivmittel zur Vermeidung sekundärer Blutung, besonders bei plethorischen Erwachsenen, empfohlen.

Das Anhalten einer primären Blutung oder das Auftreten einer wirklichen Sekundärblutung kann durch Gefässunterbindung oder Vernähung der Gaumenbögen vermieden oder unwahrscheinlich gemacht werden; kommt solches vor, so

st es wahrscheinlich auf das Abgehen einer Ligatur oder unvollkommenes Ver-ähen der Gaumenbögen zurückzuführen. T. bespricht die zu Blutung prädispo-ierten Ursachen und die zu treffenden Vorsichtsmassnahmen: Unterlassung der Operation bei Personen, bei denen chirurgische Massnahmen dauernd oder zur Zeit ontraindiziert sind; Vornahme der Operation nur im Krankenhaus oder Sanaorium; sorgfältige Vorbereitung des Pat. (2 Tage vorher ein Purgativ, 3—4 Tage Alkohol- und Tabakverbot, leichte Diät 24 Stunden vorher); der Narkotiseur muss esonders zuverlässig bei dieser Operation sein. T. macht Aethernarkose, der er ine Atropininjektion vorausgehen lässt. Tiefe Chloroformnarkose vermehrt die Gefahr der Nachblutung. Wichtig ist auch die richtige (seitliche) Lagerung des Pat., wenn er ins Bett zurückkommt; lässt man ein Kind auf dem Rücken liegen, so kann das Blut unbemerkt in den Magen fliessen.

Dan McKenzie: Praktische Erwägungen über die Behandlung der Blutung während und nach Tonsillenoperationen.

Bei Kindern hat man bei der Enukleation der Tonsillen mit der stumpfen Guillotine selten mit Blutungen zu rechnen; bei Patienten über 15 Jahren hat Ref. bei dieser Methode in kurzer Anästhesie so häufig Blutungen gesehen, dass er sie aufgegeben hat. Er bevorzugt jetzt bei Erwachsenen die stumpfe Ausschälung in Lokalanästhesie; die Gefahr der Blutung ist bei der Lokalanästhesie erheblich geringer als bei der Allgemeinnarkose.

Da es aber Erwachsene gibt, welche die Operation in Lokalanästhesie ablehnen und diese bei Kindern überhaupt nicht in Frage kommt, muss der Operateur auf beide Arten eingestellt sein.

Bei erwachsenen Patienten, die in Allgemeinnarkose in liegender Position operiert werden, ist die Blutung meist eine venöse. Sie ist durch einfache Kompression schwer zu stillen und Ref. hat, um die kapillare Blutung zum Stehen zu bringen, sich bisweilen genötigt gesehen, sowohl während wie nach der Operation, Umstechungen zu machen.

Der Sitz blutender Gefässe ist der Häufigkeit nach: Die Hinterfläche des vorderen Gaumenbogens; das Mandelbett ungefähr in seiner Mitte; das untere Ende der Wunde nahe der Zunge und — die am schwersten zugängliche Stelle — der obere Wundpol unter der Kuppe des weichen Gaumens. So häufig ist der Gaumenbogen Sitz des blutenden Gefässes, dass, bevor man nach irgend einer anderen Stelle sucht, man gut tut, den Gaumenbogen mit einer Pinzette zu fassen und umzukehren, so dass die hintere rauhe Seite zu Gesicht kommt. Man kann es auch so machen, dass man die Hinterfläche des vorderen Gaumenbogens mit der Klemme fasst und zwar nicht mit deren Spitze, sondern von der Seite, indem man von vornher mit dem Zeigefinger der freien Hand den Gaumenbogen in die Branchen der Klemme presst. Die Ligatur wird dann mit zwei Pinzetten über die Klemme nach unten über deren freies Ende geführt, zugezogen und geknüpft. Ref. zieht Seide dem Katgut dabei vor.

Ref. verwirft das Zusammennähen der Gaumenbögen; er hat gesehen, dass trotz dieser Massnahme es weiter blutete.

Wirkliche postoperative Blutungen sind nach Ansicht des Ref. selten, meist handelt es sich vielmehr um prolongierte Blutungen, die übersehen wurden.

Postoperative Blutung kündet sich sehr oft dadurch an, dass der Pat. ein- oder mehrmals dunkle Massen Blutes erbricht; ist solches der Fall, so muss sofort die Wunde inspiziert werden. Um das Unbemerktbleiben einer Blutung zu verhüten, muss Patient, wenn er ins Bett zurückgebracht wird, auf eine Seite gelagert werden, den Kopf halb nach vorn geneigt, so dass das Blut aus dem Pharynx in den Mund fliesst. Findet man die eine Mandel mit einem Gerinnsel bedeckt, so ist hier der Sitz der Blutung. Das Gerinnsel muss entfernt werden, dann ist die blutende Stelle zu suchen und zu unterbinden. Findet man die blutende Stelle nicht oder gelingt es nicht, sie zu fassen oder zu unterbinden, so legt Ref. die Watson-Williamssche Klammer an, die er 2—3 Stunden liegen lässt.

Von den innerlich anzuwendenden Mitteln hat Ref. nur das Pituitrin als wirksam gefunden.

T. H. Just: Unterbindung der Carotis externa oder communis bei heftiger Tonsillarblutung.

J. berichtet zunächst über einen Fall von schwerer Blutung, die bei einem Kinde nach Enukleation der Tonsillen mittels Guillotine und Adenoidoperation mit Loewenbergs Zange auftrat und in ein paar Sekunden zum Tode führte. Die Obduktion zeigte, dass ein Bogen der Carotis interna, der nach dem Pharynx zu vorsprang, vollkommen zerrissen und so ein Segment der Arterie von der Zange entfernt wurde. Die beiden durchschnittenen Enden der Carotis interna hatten sich so weit retrahiert, dass sie vom Pharynx aus nicht hätten gefasst werden können. — Die einzige Methode in diesem Fall wäre gewesen, während vom Pharynx aus komprimiert wurde, durch Operation aussen am Halse die blutenden Stellen aufzusuchen und zu unterbinden.

In einem zweiten Fall handelte es sich um eine Kriegsverletzung, jedoch war das klinische Bild ähnlich wie bei einer Blutung nach Tonsillenoperation. Ein Granatsplitter hatte die Carotis externa verletzt und zu einem kleinen Aneurysma derselben geführt; die Einschusswunde war verheilt, aber der Granatsplitter hatte gleichzeitig die laterale Rachenwand dicht hinter der Tonsille verletzt, diese Wunde stand in Kommunikation mit dem Aneurysma und es blutete kontinuierlich in den Rachen. Bei Beginn der Narkose setzte die Atmung aus und konnte nicht in Gang gebracht werden; es wurde die Tracheotomie gemacht, worauf Pat. ein grosses Blutgerinnsel aushustete. Nach Unterbindung der Carotis externa wurde die Arterie nach oben verfolgt bis zu dem Aneurysma; beim Versuch, dieses aus der Umgebung zu lösen, sehr starke Blutung, die erst stand, als die Arterie oberhalb des Aneurysmas unterbunden war. Der Fall kann in Parallele gesetzt werden mit einer Verletzung der Carotis externa bei Tonsillenoperation und zeigt die Nutzlosigkeit einer blossen proximalen Unterbindung des Gefässes unterhalb der Wunde.

Sekundäre Blutungen aus der Tonsillarbucht sind selten; meist handelt es sich um ein ständiges Sickern, das schwer zu stillen ist infolge des brüchigen Zustandes des septischen Tonsillarbettes und der umgebenden Gewebe. Ref. meint, der Kollaps des Patienten stände in keinem Verhältnis zu dem Blutverlust und sei auf die Sepsis zurückzuführen; diese müsse in erster Linie bekämpft werden. In

diesen Fällen ist die Unterbindung der Carotis externa oder communis nicht zu rechtfertigen.

Bei sehr schwerer unstillbarer Blutung am ersten oder zweiten Tage nach der Operation muss, bei gleichzeitiger Kompression von innen her, die Carotis unterbunden werden; man komprimiert in der Operationswunde abwechselnd die Carotis communis, externa und interna und sieht, wobei die Blutung nachlässt, das betreffende Gefäss ist dann dasjenige, welches zu unterbinden ist.

T. H. Just: Behandlung von Kollaps nach schwerem Blutverlust bei Tonsillenoperationen.

Die Behandlung ist ganz verschieden, je nachdem es sich um eine Blutung unmittelbar nach der Operation handelt oder um eine sekundäre Blutung.

Im ersteren Fall ist zunächst zu sorgen für Ruhe (Morphiuminjektion verlängert auch die Neigung zum Bluten), Wärme, Flüssigkeitszufuhr (Rektalinfusion); in schwereren Fällen kommt in Betracht: Bluttransfusion; auch empfiehlt Ref. intravenöse Infusion von 500 ccm folgender Mischung: Gummi arab. 50 g, Natr. chlorat. 9 g auf 1 Liter Leitungswasser. Diese Lösung ist leicht sterilisierbar und hält sich. Bis die Infusion vorgenommen werden kann, hilft vorübergehend Injektion von 1 ccm Pitiutrin oder Kampferöl.

Sekundäre Blutung ist fast stets auf septischen Zustand zurückzuführen; wenn möglich muss die Blutung gestillt werden und dann ist die Sepsis zu bekämpfen; diese ist fast stets durch Streptococcus pyogenes hervorgerufen. Pat. soll viel Flüssigkeit per os zugeführt bekommen; 50 ccm Antistreptokokkenserum sollen intravenös und subkutan gegeben werden; Ref. empfiehlt die sensibilisierte Streptokokkenvakzine in Dosen von 50, 100 und 500 Millionen an 3 aufeinander folgenden Tagen. Ist das Antistreptokokkenserum oder Vakzine nicht erhältlich, so ist normales Pferdeserum intravenös zu injizieren. Die Fossa tonsillaris ist möglichst rein zu halten.

G. A. H. Barton: Die Stellung des Narkotiseurs bei Mandeloperationen.

Die Wahl des Narkotikums und die Technik der Narkose haben grossen Einfluss auf die Verhütung von Blutungen. B. bevorzugt Aethernarkose nach vorhergehender Atropineinspritzung; für die Aethernarkose empfiehlt er ein Verfahren, das Rood angegeben hat (Proc. Roy. Soc. Med., Vol. 103, p. 6). Eine Spur von Aethylchlorid auf die Maske geträufelt beschleunigt das Schwinden des Bewusstseins und macht den Beginn der Narkose angenehmer. Alles muss getan werden, damit die Luftwege frei sind. Die Zunge muss nach vorn gezogen, der Mund mit dem Kiefersperrer offen gehalten werden. Vom Standpunkt des Narkotiseurs ist die ideale Lage die Rückenlage mit extendiertem Kopf, der auf dem Scheitel aufliegt.

E. Musgrave Woodman: Einfluss der Operationstechnik auf die Verhütung von Blutung.

Die Neigung zu Blutungen nach der Operation führt W. zum grossen Teil zurück auf den septischen Zustand der Tonsillen. Er hat in 32 Fällen hintereinander bei Erwachsenen die Tonsillen vor der Operation bakteriologisch unter-

sucht; in 15 Fällen wuchsen Pneumokokken, in 11 Fällen Streptokokken, fluenzabazillen in 4 Fällen und Diphtheriebazillen und M. catarrhalis je ei

W. schildert die von ihm befolgte Technik. Als wesentlich ist herv heben, dass nach Ablösung des vorderen und hinteren Gaumenbogens die H arterie am oberen Pol freigelegt, gefasst und unterbunden wird; ebenso wird spritzende Gefäss sofort gefasst und unterbunden. Um die Arterie am untere zu Gesicht zu bekommen, muss die Zunge mit einem Retraktor beiseite ge werden. Sickert Blut noch nach Unterbindung aller Arterien, so wird ein A nalintampon einige Sekunden dagegengepresst, dann mit Tct. benzoes ausgep

Ref. lässt mit Aether narkotisieren, indem ein Katheter durch die Nase dicht über den Larynx eingeführt wird. In vielen Fällen ist bei Kindern Sludersche Methode ausreichend; die Ausschälung bleibt reserviert für die F bei denen die Anamnese für Neigung zu Blutung spricht und da, wo kleine vereiterte Tonsillen vorhanden sind. Bei Erwachsenen macht Ref. stets die schälung.

Die Vernähung der Gaumenbögen verwirft Ref.

Gilbert Chubb: Eine Arterienklemme für Ligaturen im M bett.

C. hat von Mayer u. Phelps eine Arterienklemme anfertigen lassen, m deren die bei Unterbindung von Gefässen im Tonsillenbett entstehenden t nischen Schwierigkeiten überwunden werden können.

E. Watson-Williams: Die Anwendung der Klammer bei Beh lung von Tonsillarblutung.

In Fällen, wo nach sorgfältiger Ausschälung oder Guillotineoperation Blutung anscheinend steht, aber einige Stunden, nachdem der Pat. wieder zu B gebracht ist, wieder von neuem beginnt, die Ligatur oder Vernähung der Gaum bögen wegen Mangels von Assistenz, die zur Narkose nötig ist, oder aus ande Gründen nicht gemacht werden kann, empfiehlt W. entweder als allein in Betra kommend oder als vorläufige Massnahme die Anlegung der von P. Watson Williams angegebenen Klammer, die 14 bis 24 Stunden in situ gelass werden kann.

A. R. Friel: Zinkionisation bei der Behandlung von Kiefer-, Stirn- und Keilbeinhöhleneiterung.

Das Prinzip ist dasselbe, was bei der Behandlung der chronischen Otorr angewendet wird (Otological Section R. S. of Med., Febr. 1921); die Technik bei der Behandlung der Nebenhöhleneiterungen schwieriger. Die Nasenhöhle w nach hinten durch einen Gummiballon abgeschlossen. Ein biegsamer Draht, der mit dem positiven Pol einer Batterie verbunden ist, wird an einem Katheter be festigt, welcher in die vorher ausgespülte und mit Zinklösung angefüllte Höhle eingeführt wird. Der Pat. befindet sich in liegender Position. F. schildert im Einzelnen die Technik, die bei den verschiedenen Nebenhöhlen zu befolgen ist.

Die Zinkionisation ist ein antiseptisches Verfahren. F. illustriert ihre Wir kung an der Geschichte zweier Fälle.

(Nach einem Bericht im Brit. Med. Journal.)

e) Oto-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 6. April 1918 (Fortsetzung von No. 4 dieses Jahrgangs).

Vorsitzender: Prof. Holmgren.

Gunnar Holmgren: Demonstration eines Pat., der mittels Laryngo-
fissur und Exzision des Stimmbandes wegen Cancer cord. voc. dx.
Ende November 1917 behandelt war.

4 Monate nach der Operation war ein neues sehr schönes Stimmband gebildet; Stimme sehr gut.

Verf. hat bisher 7 oder 8 Pat. auf diese Weise behandelt, ohne dass Rezidiv sich eingestellt hat; der älteste Fall ist schon 8 Jahre alt.

Wilhelm Nasiell: Demonstration eines Pat. mit Verschiebung der Luftröhre und des Kehlkopfes infolge diffuser Aortenerweiterung.

Ein 78jähriger Mann klagte über Atembeschwerden seit 2 Jahren. Bei Inspektion und Palpation des Halses zeigte es sich, dass sowohl Larynx wie Trachea sich rechts verschoben waren. Diese Verschiebung ist am grössten nach der Thoraxöffnung hinab. Bei indirekter Laryngoskopie kann die rechte Seitenwand der Luftröhre nur bei starker Drehung des Spiegels überblickt werden. Die physikalische und röntgenologische Untersuchung zeigte, dass diese Verbiegung der Luftröhre von einer bedeutenden Aortenerweiterung verursacht war.

Hans Key-Aberg: Ueber Ozäna. (Vortrag in Acta oto-laryng. publiziert.)

Diskussion: A. Hovendahl, Wilhelm Nasiell, R. Bárány.

Sitzung vom 27. April 1918.

Vorsitzender: Prof. Holmgren.

Nils Arnoldson: 3 Fälle von Cancer in den oberen Luftwegen.

Fall 1. 41jähriger Lehrer, der im Juni 1917 wegen eines Infiltrats im vorderen Teil des rechten Stimmbandes durch Laryngofissur und Exzision des Stimmbandes operiert wurde. Die Probeexzision hatte gezeigt, dass es sich um Plattenepithelcancer handelte. 10 Monate später war der Pat. rezidivfrei und bei klarer Stimme.

Fall 2. 67jähriger Mann; Heiserkeit seit Januar 1917, die sich im September sehr verstärkte; Lungen gesund, Wassermann negativ. Larynx diffus gerötet mit angeschwollenen Stimmbändern, keine Ulzeration, kein Oedem, keine angeschwollenen Halsdrüsen; Probeexzision eines Stimmbandes zeigte Plattenepithelcancer. Totalexstirpation des Kehlkopfes nach Gluck-Sörensen. Exitus letalis 5 Tage nach der Operation (Herzkollaps). Bei der Untersuchung des Präparats fand man, dass die Neubildung den vorderen Teil des Kehlkopfes perforiert hatte.

Fall 3. Eine 52jährige Frau klagte über Verminderung des Gehörs ohne sonstige Nasen- oder Ohrenbeschwerden, bei der Untersuchung wurde ein Tubenverschluss mit Transsudat im Mittelohr konstatiert, von einem ulzerierten Tumor in der Nähe des betreffenden Ostium tubae verursacht. Durch Probeexzision wurde Cancer konstatiert. Schon einen Monat nach Einleitung einer Radiumbehandlung war die Neubildung verschwunden. 3 Monate später jedoch deutliches Rezidiv.

Stangenberg.

III. Briefkasten.

George M. Lefferts †.

Auf seinem Landgute Katonah in der Nähe der Stadt New York verstarb am 21. September 1921 in seinem 74. Lebensjahre George Morewood Lefferts, einer der Pioniere der Laryngologie in Amerika, ein äusserst begabter Forscher und erfolgreicher Lehrer. L. war im Jahre 1846 in Brooklyn, N. Y., geboren und erhielt seine medizinische Erziehung in der Stadt New York. Bereits Anfang der 70er Jahre sehen wir ihn in den Kliniken Wiens, wo er sich unter der Leitung v. Schroetters und besonders unter der Stoerks dem Studium unseres Spezialfaches mit ungemeiner Hingabe widmete. Nachdem er noch die Kliniken in London und Paris besucht hatte, kehrte er nach New York zurück, wo er sich im Jahre 1873 als Laryngologe niederliess und sehr bald sich einen grossen Ruf erwarb. Als Schreiber dieser Zeilen Mitte der 80er Jahre aus der Schule B. Fraenkels, Krauses und Trautmanns in New York ankam, fand er bereits damals eine grosse Anzahl von wissenschaftlich tätigen Laryngologen vor, deren Namen überall bekannt waren. Männer wie Bosworth, Clinton Wagner, Bryson Delavan, Morris Ash (Elsberg war kurz vorher gestorben) hatten Tüchtiges, zum Teil Hervorragendes geleistet und übten einen wohltuenden Einfluss auf die jüngere Generation aus. Mehr als irgend ein anderer aber hatte L., der damals auf der Höhe seines Schaffens stand, durch seine Stellung als Professor der Laryngologie am „College of Physicians and Surgeons" Gelegenheit, durch Wort und Schrift die Masse der Aerzte zu beeinflussen. Ich erinnere mich deutlich meines ersten, auf seine Einladung erfolgten Besuches in seiner Klinik. Es war alles anders als in Berlin, aber es war doch gut. Lefferts war eine elegante Erscheinung — eine seiner Eigentümlichkeiten war, dass er nie ohne Blume im Knopfloch erschien — und ein ausgezeichneter Redner, der seine Schüler verstand.

Im Jahre 1881 war Lefferts auf dem Londoner Internat. Kongress in der laryngologischen Subsektion neben Gerhardt Korreferent über das Thema: „Die laryngoskopisch sichtbaren Zeichen infolge von Verletzung oder Erkrankung der motorischen Nerven des Kehlkopfes." Abgesehen von zahlreichen kleineren Schriften veröffentlichte L. verhältnismässig wenig und zog sich sehr früh von seiner aktiven Tätigkeit zurück. Im Verein mit dem noch lebenden Nestor der Laryngologie in Amerika J. Solis Cohen, sowie mit Knight und Elsberg gründete er die „Archives of Laryngology", die später eingingen.

Von der Begründung dieses Zentralblattes im Jahre 1884 an bis zum Jahre 1910 war er ständiger Mitarbeiter desselben. Seine Referate zeichneten sich durch grosse Sorgfalt und wohltuende Unparteilichkeit aus.

Mit L. hat die Laryngologie einen Mann verloren von grosser Erfahrung und aussergewöhnlichen Fähigkeiten, der leider zu früh aufhörte, wissenschaftlich produktiv zu sein, dessen Andenken aber von allen hochgeschätzt werden wird, die ihn kannten. W. Freudenthal.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVII. November 1921. No. 11.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft
von
W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **G. Bradt** (Berlin), **Calamida** (Mailand), **R. Dreyfuss** (Frankfurt a. M.), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **F. Hanszel** (Wien), **R. Hoffmann** (Dresden), **R. Imhofer** (Prag), **G. Jonquière** (Bern), **R. Kotz** (München), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **R. Lund** (Kopenhagen), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg). **W. Sobernheim** (Berlin), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben
von
GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXVII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1921) 25 Mark.

Berlin 1921.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVII. Berlin, November. 1921. No. 11.

I. Referate.

a) Allgemeines; obere Luftwege; äusserer Hals.

1) **Bloomfield. Bakterien in den oberen Luftwegen. (Bacteria in upper air passages.)** *John Hopkins Hosp. Bull. Sept. 1921.*

Verf. hat sich vorgenommen, die Lokalisation der Bakterien in den oberen Luftwegen und deren Beziehung zur Infektion zu untersuchen. Es wurden acht gesunde, im Laboratorium tätige und Infektionen in den Krankenabteilungen ausgesetzte Personen untersucht, indem fünf Abstriche von der Zunge, der hinteren Rachenwand, jeder Tonsille und der vorderen Nasenhöhle gemacht wurden. In der Nase war konstant Staphylococcus albus und fast konstant verschiedene diphtheroide Mikroorganismen vorhanden nebst variabeln transitorischen pathogenen und nichtpathogenen Bakterien. Die Zunge zeigte hauptsächlich eine normale Flora, während Tonsillen und Pharynx ausser transitorischen Organismen solche in erkranktem Gewebe enthielten; es zeigte sich klar, dass wenn die Person Träger fremder Organismen war, hier ihre Brutstätte war. Bakterien wachsen in der Regel nicht frei auf der Oberfläche der Schleimhaut der oberen Luftwege; es sind besondere Bedingungen — z. B. lokale Infektion oder vorübergehende Invasion — nötig, um die Anwesenheit fremder Organismen zu erklären. FREUDENTHAL.

2) **Viggo Schmidt. Hämatologische Untersuchungen bei entzündungsartigen Zuständen in dem Schlund und den oberen Luftwegen. (Recherches hématologiques dans les états inflammatoires du pharynx et des voies aériennes.)** *Acta Oto-Laryng. Vol. III. Fasc. 1 u. 2. p. 48.*

Es handelt sich um Untersuchungen über die Leukozytose mit der besonderen Vermehrung der polynukleären Zellen bei infektiösen Zuständen in den oberen Luftwegen, sowie Tonsillitis acuta und chronica, Abscessus peritonsillaris, Diphtherie, Pharyngitis acuta chronica, Tracheitis acuta, Pyorrhoea alveolaris, Angina scarlatinosa.

Die Untersuchungen des Verfassers zeigen, dass die Leukozytose das erste objektive Symptom der Infektion ist, indem sie vor der Temperaturerhöhung und

der zunehmenden Frequenz des Pulses festgestellt werden kann. In gewissen Fä... bleibt die Leukozytose bestehen, nachdem die lokalen Symptome geschwunden s... ja selbst, nachdem die Temperatur und der Puls wieder normal sind; man ... hierin einen Beweis, dass die Krankheit noch nicht aufgehört hat (versteck... Tonsillarabszess, Skarlatina). Bei der gewöhnlichen Angina dauert die Leukozy... in der Regel eine Woche, bei den Diphtherien verschwindet sie gleichzeitig ... der Temperaturerhöhung und den Membranen. Bei den peritonsillären Absze... und Phlegmonen ist die Leukozytose bedeutend, oft zwischen 20000 und 30... Falls der Abszess vollständig entleert wird, sieht man eine rasch eintretende V... minderung der Leukozytose. Bei der chronischen Tonsillitis mit Eiter in den To... sillarkrypten findet sich oft die Leukozytose, dagegen nicht bei der Pharyng... chronica. Schliesslich wird die Leukozytose bei der akuten Tracheïtis und bei ... Pyorrhoea alveolaris konstatiert.

R. LUND...

3) **Greenfield Sluder** (St. Louis, Mo.). **Das Grenzgebiet der Rhinologie, Neurologie und Ophthalmologie. (The borderland of rhinology, neurology and ophthalmology.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 27. Aug. 1921.*

In der zuweilen äusserst delikaten und schwierigen Frage der „obskur... Kopfschmerzen diskutiert Sluder die Ansichten von Harvey Cushing ... Ernest Sachs. Es handelt sich seiner Ansicht nach zuerst um das „lower-h... headache“, den Kopfschmerz der unteren Hälfte. Darunter versteht er den Schm... im und um das Auge, den Oberkiefer, die Zähne, ausstrahlend nach den Schl... bis 5 cm hinter dem Processus mastoideus, Empfindlichkeit im Okziput, ... Schultern, Armen bis in die Finger hinein. Das alles wird gewöhnlich „Slud... Neuralgie“ genannt. Dieser Symptomenkomplex rechtfertigt die Kokainisation ... nasalen Ganglion. Werden die Schmerzen dadurch erleichtert, so bringt die ... jektion von Alkohol in die Fossa sphenomaxillaris gewöhnlich Besserung, die ... weilen vollständig ist. Dr. Cushing ist für die Injektion unterhalb des Jochb... S. zieht aber die intranasale Methode vor. Wenn Cushing behauptet, dass ... vielen Fälle von Meningitis nach Nasenoperationen den Rhinologen anzurech... sind, so ist das richtig. Die Schuld liegt an unseren Methoden. Viele Koll... operieren von vorne und unten nach hinten und oben. Das ist falsch. Slu... arbeitet von hinten oben nach unten vorne seit 20 Jahren. Er hat nie Mening... darauf eintreten gesehen. Sechsmal wurde die Orbita perforiert, aber ohne ... Schaden.

Die Probleme bei Augenerkrankungen sind noch schwieriger und können ... nur durch gemeinsame Arbeit von Ophthalmologen, Neurologen und Rhinol... gelöst werden. Die Ansicht, die noch von hervorragender Seite vertreten w... dass Stauungspapille nur der Ausdruck intrakraniellen Druckes sei, ist n... richtig. S. glaubt vielmehr an eine hyperplastische Affektion der postethmo... sphenoidalen Gegend. Die von ihm behandelten Fälle geben jedem Rhinol... Stoff zum Nachdenken.

Stauungspapille hat mehrere Ursachen. Der Neurologe erklärt viele F... für Neurasthenie, während der Rhinologe den Fall für negativ hält, bei dem ... keine direkte Eiterung nachweisen kann.

FREUDENTHAL

4) **H. Katz** (Wien). **Ueber einen Fall von Selbstmord durch Halsabschneiden, kombiniert mit Tamponade der Halswunde.** *Wiener med. Wochenschr. Nr. 1/2. 1920.*

Mitteilung zweier einschlägiger Fälle von vorwiegend gerichtsärztlichem Interesse.
HANSZEL.

5) **H. Marschik** (Wien). **Die Schleiermethode bei der Behandlung infizierter Wunden.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1920.*

In dem diesbezüglichen Bericht aus einem Feldspital während des Weltkrieges nennt Marschik die Schleier- und Randstreifenmethode als für die Behandlung infizierter, offen zu haltender Wunden ganz besonders geeignet. Es wird durch die Jodoformgaze die reine, durch die Radikaloperation gesetzte Wunde binnen kurzem mit einem kräftigen Granulationspolster überzogen und dadurch vor sekundärer Infektion geschützt. Somit werden die unvermeidlich durch eine unerlässliche Operation infizierter Verletzungen gesetzten Schäden und Gefahren auf ein Minimum herabgedrückt.
HANSZEL.

6) **F. Hamburger** (Graz). **Ueber orale Auskultation.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 11. 1920.*

Bronchiale Rasselgeräusche pflanzen sich gewöhnlich bis zum Mund fort, wo sie abgehorcht werden können. Dabei ist es gleichgültig, ob diese Geräusche im Stamm des Baumes, also in der Trachea, oder in seinen feinsten Zweigen, also in den kleinsten Bronchien entstehen. Nach dem Japaner Takata (1912) hat diese Oralauskultation folgende sechs Punkte als Hauptvorzüge: 1. Man kann sich damit selbst untersuchen, 2. der Patient braucht sich nicht zu entkleiden, 3. der Patient braucht nicht aufgesetzt zu werden (Hämoptoe!), 4. man hört das Rasseln auch bei zentraler Pneumonie, wo an der Thoraxwand oft nichts hörbar ist, 5. man kann in kurzer Zeit viele Menschen untersuchen, 6. man kann den Befund der Brustwandauskultation kontrollieren.

Jedenfalls ist dieses Phänomen zur orientierenden Voruntersuchung zweckmässig.
HANSZEL.

7) **Edmund G. Boyle. Anästhesie für Nasen-, Hals- und Bauchchirurgie mittels Stickstoffoxyd-, Sauerstoff-, Chloroform-, Aether-Kombination. (Anaesthesia for nose, throat and abdominal surgery by the nitrous oxide-oxigen-C. E. combination.)** *Brit. med. Journ. 15. Okt. 1921.*

Die Technik der Narkose ist folgende: Der Patient bekommt $^1/_2$ Stunde zuvor Morphium, Atropin und Skopolamin. Dann wird Lachgas und Sauerstoff im Verhältnis von 1 : 10 gegeben und sobald die Atmung tief und regelmässig wird, lässt man das Gas über die Oberfläche einer Mischung von gleichen Teilen Chloroform und Aether streichen, so dass kleine Mengen der Mischung mitgerissen werden. In einigen Minuten wird die Atmung automatisch und etwas stertorös; der Hahn der Flasche wird dann abgedreht, so dass der Patient nur noch Sauerstoff und Gas erhält und die Operation kann beginnen. Das Lachgas-Sauerstoffgemisch, mit dem nun die Narkose fortgesetzt wird, besteht am zweckmässigsten aus 1 Teil Sauerstoff und 4 Teilen Gas. Die auf diese Weise verbrauchte Menge Aether oder

Chloroform ist erstaunlich gering. Bei Operationen in der Mundhöhle wird, nach dem die Gesichtsmaske entfernt und der Kiefersperrer eingesetzt ist, das Gas-Sauerstoffgemisch mittels eines Tubus in die Mundhöhle geleitet.

Nur bei Anwendung der Diathermie — die auf der Halsabteilung des St. Bartholomew-Hospitals, aus der diese Arbeit stammt, von Harmer bei Zungen und Rachenkarzinomen usw. mit gutem Erfolg gebraucht wird — warnt Verfasser wegen der Explosionsgefahr infolge Funkenentwicklung vor Aether und gebraucht nur Chloroform.

FINDER.

8) **R. Steiner** (Wien). **Chirurgische Erfahrungen über Cycloform als Wundheilmittel.** *Wiener med. Wochenschr. No. 51. 1920.*

Das von der Firma Bayer erzeugte Cycloform ist nicht nur ein anästhesierendes Mittel, sondern auch ein wesentlich sekretionshemmendes und wirkt vorzüglich bei stark eiternden übelriechenden Wunden, sowie bei Verbrennungen, Fissuren u. a.

HANSZEL.

b) Nase und Nasenrachenraum.

9) **Mullin** und **Ryder** (Colorado Springs). **Studien über den Lymphabfluss der Nebenhöhlen. (Studies of the lymph drainage of the accessory nasal sinuses.)** *The Laryngoscope. März 1921.*

Verff. haben ihre sehr sorgfältigen Untersuchungen mittels Injektionen und Inokulationen an lebenden Tieren gemacht; die Injektionsmasse bestand in indischer Tinte, einer Aufschwemmung ganz fein verteilter Kohle. Für die Highmorshöhle wurden Kaninchen, für die Stirnhöhle Katzen gewählt. Ferner wurden Versuche gemacht, um die Resorption seitens der intakten Nasenschleimhaut festzustellen, zu welchem Zweck indische Tinte oder Tuberkelbazillenemulsion zu verschiedenen Zeiten mittels Pipette in die Nase gebracht wurde.

Verff. gelangten zu folgenden Resultaten:

1. Die Lymphresorption vom Antrum aus, sei es von Bakterien oder von toter Substanz, erfolgt auf dem Wege der submaxillaren und inneren jugularen Drüsen, welch letztere die retropharyngealen beim Menschen einschliessen, zu den Lymphwegen, den grossen Venen, dem rechten Herz und den Lungen. Substanzen, die das rechte Herz erreichen, können natürlich zum linken Herzen und in den allgemeinen Kreislauf gelangen, können auch in die Lungenlymphgefässe aufgenommen werden und die Bronchialdrüsen erreichen.

2. Auf demselben Wege geschieht die Resorption von den Geweben des Gesichts in der Antrumregion und vom Gaumen aus.

3. Bisweilen können durch Resorption vom Antrum und den Nachbargeweben aus die subparotidealen und die retrosternalen Drüsen erreicht werden.

4. Denselben Weg scheint auch die Resorption von der Stirnhöhle aus zu verfolgen. Von der Schädelhaut über der Stirnhöhle erreichen die resorbierten Substanzen gewöhnlich auch die subparotidealen und postaurikulären Drüsen.

5. Resorption von den Meningen erreicht die inneren jugularen und wahrscheinlich auch die submaxillären Drüsen.

6. Es besteht wenig Resorption seitens der intakten Nasenschleimhaut, wenn eine solche überhaupt vorhanden ist.

7. Es kommen reichlich Anastomosen von Drüse zu Drüse und von einer Seite zur anderen vor, so dass es nicht immer möglich ist, eine einzelne Drüse oder Drüsengruppe als den sicheren Punkt für die von einer bestimmten Region erfolgende Metastasierung festzustellen.

8. Sowohl in bezug auf die Lymphfunktion, wie in anatomischer Hinsicht, ist die Schleimhaut der Nasenhöhle und der Nebenhöhlen ein kontinuierliches Ganzes, und Infektion an einem Punkte kann wahrscheinlich durch Lymphgefässe zu irgendeinem anderen Punkte getragen werden.

9. Es gibt Lymphgefässe, die die Hinterwand der Stirnhöhle durchbohren, und diese können Substanzen von der Höhle zu der Dura über den Stirnlappen schaffen, wenn exzeptionelle Druckverhältnisse in der Höhle bestehen.

10. Abfluss aus den Nebenhöhlen in die oberen Luftwege setzt die Bronchien und Lungen der Infektion durch Einatmung aus und dieser Faktor kann für die Entstehung von broncho-pulmonalen Komplikationen bei Nebenhöhlenerkrankung von derselben Bedeutung sein wie die Lymphmetastasen.

Direkte lymphatische Verbindungen von den Plexus und Drüsen des Halses und Kopfes zu Lungen und Pleura haben Verff. nicht gefunden. O. T. FREER.

10) **Böttner** (Königsberg i. Pr.). **Zur Klinik, Prophylaxe und Therapie des infektiösen Schnupfens und ihm verwandter Krankheitszustände.** *Münch. med. Wochenschr. No. 40. S. 1283. 1921.*

Wahrscheinlich beruht jeder Schnupfen auf einer Infektion. Besonders schwer pflegt er bei Lymphatikern zu verlaufen. Der Sekretabfluss ist als Abwehr des Organismus gegen die Krankheitserreger aufzufassen. Bei aufrechter Körperhaltung wird das Sekret durch Schneuzen usw. wegbefördert; beim Liegen dagegen läuft es in den Rachen und der lymphatische Schlundring genügt dann nicht immer zur Abwehr. Daher ist Morgens häufig Verschlimmerung zu bemerken. Keineswegs muss immer die Nase die Eingangspforte sein. Eine reine Nasenprophylaxe ist deshalb nicht ausreichend. Besonderes Augenmerk ist auf die Bindehaut der Augen und auf die Tränenwege zu richten.

Auf Grund sorgfältiger Beobachtungen an sich selbst, wozu Verf. durch eine hohe Disposition zu schweren Schnupfen Gelegenheit hatte, kam er zu der Ueberzeugung, dass das Kollargol weitaus allen anderen versuchten Mitteln vorzuziehen sei. Er verwendet 2proz. Lösung sowohl für den Bindehautsack, wie auch für die Nase. Das Kollargol wirkt nicht nur lokal, sondern auch auf den Gesamtorganismus. KOTZ.

11) **Gustav Hofer** und **Hermann Sternberg. Weitere Beiträge zur Spezifität des Perezschen Ozänabazillus für die genuine Ozäna.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. H. 2/3.*

Die Autoren suchen die Bedeutung des Perezbazillus für die Ozäna auch dadurch zu beweisen, dass sie die Agglutination des Bazillus Perez durch das Serum Ozänakranker experimentell festzustellen bemüht sind. Sie fanden, dass bei allen mit Ozänavakzine behandelten Ozänakranken im Serum bis zur 160fachen Ver-

dünnung als Titergrenze des Ozänabazillus agglutinierende Substanzen sich fanden. Von entscheidender Bedeutung aber ist das Ergebnis der Untersuchungen, welche die Agglutinationsfähigkeit des Serums von Ozänakranken gegenüber dem Perezbazillus betrafen, d. h. von Patienten, welche bisher niemals mit Ozänavakzine behandelt worden waren.

Es fanden sich in über der Hälfte solcher Fälle in dem Serum dieser unbehandelten Ozänakranken Substanzen, welche den Ozänabazillus (Perez) agglutinierten. Normalsera agglutinierten bei Kontrollversuchen diesen Bazillus nicht. Aus ihren Versuchen schliessen die Autoren, dass dem Ozänabazillus (Perez) eine ätiologische Bedeutung bei der Ozäna beizumessen sei.

Weitere Versuche betrafen das Verhalten des Perezbazillus auf arsenhaltigen Nährböden. Die Versuche ergaben, dass allgemein der Coccobacillus foetidus ozaenae das Arsen im Nährboden in höherer Konzentration verträgt, als das eine Reihe von anderen Bakterien tut, besonders die Typen jener Spezies, die sich in Ozänanasen fast regelmässig vorfinden.

BRANDT

12) **Amersbach** (Freiburg). **Zur Kritik der operativen Ozänabehandlung.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 107. S. 246.*

Verf. schildert einen Fall, der beiderseits nach Wittmaack operiert wurde. Es fanden sich beide Kieferhöhlen ausserordentlich klein, die Wände $^1/_2$—1 cm dick. Einige Zeit nach der Operation trat auf der einen Seite eine vollkommene Obliteration der Höhle ein, die zu einer Stauung des Speichels und zu einer Infektion des Speichelganges und der Speicheldrüse führte. A. erörtert, dass in solchen Fällen das Anlegen einer Fistel nach dem Munde zu sich empfiehlt. Wenn wie hier die Kieferhöhlen so klein und die Wände so abnorm dick sind, kommt die Lautenschlägersche Ozänaoperation so gut wie nicht in Frage.

KOTZ

13) **Ernst Wodak** (Prag). **Zur Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberkulose der Nase sowie der Mischformen beider.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. H. 2/3.*

Die Uebersicht über die einzelnen klinischen, bakteriologischen, serologischen und biologischen Methoden, welche bei der Diagnose der Lues und Tuberkulose der Nase heranzuziehen sind, zeigt, dass man aus der Kombinierung obiger Methoden wohl imstande sein dürfte, in den meisten Fällen die Differentialdiagnose zu sichern. Die einzelnen Methoden ergaben Resultate, welche eine weitgehende Uebereinstimmung der Bilder bei Lues und Tuberkulose aufweisen. Daher die bedeutende Schwierigkeit, die sich für die Diagnose schwieriger Fälle ergibt, besonders wenn es sich um Mischformen handelt. Es kommt eben hier, wie in der Diagnostik überhaupt, darauf an, die aus der exakten Untersuchung gewonnenen Resultate in künstlerischer Weise so zu verwerten, dass sich die Diagnose richtig gestaltet.

BRANDT.

14) **Hans Key-Aberg. Rhinolithiasis. Monographisch-kasuistische Studie. (Rhinolithiasis. Monografic-kasuistic studie.)** *Svenska Läkarsänskapets Handlingar Bd. 47. H. 1. 31. März 1921.*

In dem ersten Teil dieser Monographie gibt Verf. eine vollständige Ueber-

sicht über alles, was die Literatur nach 1890 über die Rhinolithiasis zu sagen hat. Aus dem bisher publizierten Material von Nasensteinen konnte Verf. feststellen, dass mehr als 70pCt. der Behafteten weiblichen Geschlechts waren. Die Kasuistik des Verf. umfasst 11 Fälle, von denen 2 schon publiziert waren (von Dr. Charles Kruse und Prof. Gunnar Holmgren); bei 5 Fällen hat er eine vollständige chemische Analyse gemacht, 2 waren mit einer Sinusitis maxillaris kompliziert.

E. STANGENBERG.

15) **A. Seiffert. Operative Beseitigung von Perforationen der Nasenscheidewand.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. H. 2/3.*

S. benutzt zum Verschluss einer Perforatio septi einen Lappen, dessen Basis oben liegt, so dass der Lappen wie ein Vorhang über das Loch herabgelegt werden kann. Das freie Ende wird an die angefrischten Ränder der Perforation antamponiert, wo es ohne Naht anheilt. In frischen Fällen hat S. die perforierte Schleimhaut der Scheidewand an die Muschel herantamponiert und eine Synechie erzeugt, nachdem vorher die Muschelschleimhaut ausgiebig angefrischt war. Diese hat er alsdann so getrennt, dass die Muschelschleimhaut im früheren Defekt des Septums belassen wurde.

BRADT.

16) **Alfonso Trimarchi. Beitrag zum Studium der Angiofibromo der Nase, der sog. „blutenden Polypen der Nasenschleimhaut". (Contributo allo studio degli angiofibromi del naso, cosidetti „polipi sanguinanti della mucosa nasale".)** *Arch. Ital. di Otol. Sept. 1921.*

Verf. berichtet über 3 Fälle von Fibroangiomen; das histologische Bild war in allen das gleiche, jedoch überwog in dem einen Fall der angiomatöse Anteil so, dass man eher von einem Angiofibrom sprechen muss. Verf. verwirft die Bezeichnung „blutende Polypen"; diese Tumoren müssen vielmehr nach ihrem pathologisch-anatomischen Charakter bezeichnet werden. In jedem Fall ist die histologische Untersuchung nötig, da sich unter dem Bilde des „blutenden Polypen" ein Sarkom verbergen kann. Von den 3 Fällen des Verf. betrafen 2 schwangere Frauen. In einem Fall sass der Tumor am Kopf der unteren Muschel.

CALAMIDA.

17) **H. P. Mosher. Die Mosher-Totische Tränensackoperation. (The Mosher-Toti operation on the lacrymal sac.)** *The Laryngoscope. Mai 1921.*

Die Operation besteht in einer Kombination der äusseren und inneren Methode. Nach Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel wird von aussen der Tränensack freigelegt, er wird dann nach aussen gedreht, bis der Anfang des Ductus nasalis klar zutage liegt. Sodann wird das Tränenbein vor der Crista lacrymalis durchbrochen und eine so weite Oeffnung angelegt, dass eine schmale Zange eingeführt werden kann, mit der der Rest des Tränenbeins vor der Crista lacrymalis und der hintere Rand des Stirnfortsatzes des Oberkiefers fortgebrochen wird. Es wird eine Knochenöffnung nach der Nase zu angelegt, die mindestens der Höhe und Breite des Tränensackes entspricht. Sodann wird mit einem kleinen Konchotom die innere Wand des Ductus nasalis entfernt bis oberhalb der unteren Muschel. Der letzte Schritt besteht dann darin, dass die

innere Hälfte des Sackes und die innere Hälfte der Weichteile des Duktus entfernt wird. Die äussere Hälfte des Sackes will Verf. erhalten sehen, weil sich hier der gemeinsame Tränenpunkt befindet.

Der Unterschied gegenüber der Totischen Operation besteht darin, dass bei dieser der Sack als solcher erhalten bleibt; bei der vom Verf. vorgeschlagenen Modifikation, mit der er bisher ermutigende Resultate erzielt hat, wird der Sack zerstört und nur der wesentliche Bestandteil desselben, die äussere Wand mit dem Punktum erhalten.

O. T. FREER.

18) **H. P. Mosher** (Boston). **Wiederherstellung des intranasalen Tränenflusses. (Re-etablishing intranasal drainage of the lacrymal sac.)** *The Laryngoscope. Juli 1921.*

Verf. gibt einen Ueberblick über die von ihm mit den verschiedenen Methoden gemachten Erfahrungen und zeigt an der Hand von anatomischen Erörterungen, dass am rationellsten die von ihm empfohlene Kombination der äusseren und inneren Operation sei (siehe vorhergehendes Referat). Die intranasale Operation sei im Vergleich mit der kombinierten Methode ein blindes Verfahren; bei ausgedehnter innerer Operation bestände immer die Gefahr einer Infektion des Orbitalinhalts. In allen Fällen von Eiterung, wo die Wände des Sackes verdickt und das Lumen teilweise oder ganz obliteriert sei und in denen selbst die Operation von aussen oft versage, biete die kombinierte Methode die besten Chancen.

O. T. FREER.

19) **Reidar Gording. Weitere Nachforschungen über die ernsthaften Komplikationen bei der Kieferhöhlenpunktion. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen der Lufteinfuhr in das venöse System. (Further investigations into serious complications arising from puncture of the maxillary antrum. Experimental researches on the effects of the introduction of air into the venous system.)** *Acta Oto-Laryng. Vol. III. Fasc. 1 u. 2. p. 160. 1921.*

Im Zentralbl. f. Laryngol., 1920, S. 94, ist die frühere Arbeit des Verfassers über diese Fragen referiert. Hieraus ging u. a. hervor, dass man beim Menschen durch Einblasen von Luft in den Sinus maxillaris eine Ablösung der Schleimhaut auf der medialen Wand des Sinus hervorbringen kann, wodurch annehmlich Luftembolien in dem Gefässsystem entstehen können, die sich klinisch durch plötzliche Anfälle von Bewusstlosigkeit äussern, sich nicht selten mit Krämpfen und Extremitätenparalyse kombinieren, in unmittelbarem Anschluss an die Lufteinblasungen auftreten. Es ist ferner mitgeteilt, dass man durch intranasale Irritation des N. trigeminus bei Tieren ausgeprägte Atemstörungen, ja in einem einzelnen Falle kompletten Respirationstetanus hervorrufen kann.

In der vorliegenden Arbeit sind die Versuche fortgesetzt, und es werden eine Reihe von Experimenten an Kaninchen erwähnt, wo der Verf. teils in das venöse System (durch Vena marginalis auriculae), teils in die Karotis Luft injiziert hat; gleichzeitig wurde die Respiration, der Blutdruck (in der Karotis) und der Puls graphisch registriert.

Bei Luftinjektionen in das venöse System wurden Störungen der Respiration und bei grösseren Luftmengen solche der Herztätigkeit hervorgerufen (es wurden

bis je $^2/_3$ ccm injiziert und mehrere Injektionen in derselben Sitzung vorgenommen). Solche Störungen sind auch bei Lufteinblasungen in den Sinus maxillaris beim Menschen beobachtet worden. Aber die eigentlichen „üblen Zufälle", die Antrumsymptome, d. h. die Krämpfe, die Bewusstlosigkeit und die Lähmungen, deuten auf Luftembolien in den Gehirngefässen, d. h. Luftembolien in dem arteriellen System. Bei Injektion von kleinen Luftmengen in die Karotis bei den Kaninchen wurden dann auch eben diese Symptome bei den Tieren wahrgenommen.

Es geht nun ferner aus den Experimenten des Verfassers hervor, dass wenn so grosse Luftmengen in das venöse System injiziert wurden, dass dieses den Tod unmittelbar zur Folge hatte, so konnten auch in dem arteriellen System Luftblasen nachgewiesen werden, welche bei Injektion von kleineren Luftmengen in der Regel nicht nachweisbar waren. Die Experimente scheinen zu zeigen, dass in solchen Fällen, wo die Respiration jedenfalls einige Zeit nach dem Trauma fungiert, die Luftemboli nicht in das venöse System eindringen. Der Verf. erklärt dies in folgender Weise: Wenn die Luftblasen in die Lungenkapillaren eintreten, wird der Sauerstoff von den Blutkörpern als Oxyhämoglobin aufgenommen, während der Stickstoff über die Alveolaren hinaus diffundieren wird, wo die Stickstofftension geringer ist als in dem sauerstoffberaubten Luftembolus. Dass dieser Prozess in Gang kommen kann, d. h. dass die Luftblase verschwindet, hängt von der Lungenventilation ab, d. h. von der fortgesetzten Respirationsfunktion. Ist die Respiration insuffizient, so entsteht die Möglichkeit, dass der Luftembolus in das arterielle System, eventuell in die Gehirnarterie hinüberschlüpfen kann.

Ferner ist nach dem Verf. der Durchmesser der Lungenkapillaren von Bedeutung, diese sind vermutlich fähig, sich zu kontrahieren und zu dilatieren. In dem ersten Zustand werden vermutlich nur kleine Luftblasen über die Lungenkapillaren hinausreichen, und die Möglichkeit einer Schlichtung zwischen dem Embolus und der Alveolarluft wird grösser sein.

Im allgemeinen kann man sagen, dass eine plötzliche Dilatation der Lungenkapillaren in Verbindung mit einer kurzdauernden Respirationsstockung die wahrscheinliche Erklärung der „üblen Zufälle" beim Lufteinblasen in den Sinus maxillaris gibt. Schliesslich wird im Falle von offenstehendem Foramen ovale die arterielle Embolie entstehen.

Der Verf. zitiert schliesslich aus der Literatur eine Reihe klinisch beobachteter „Antrumfälle", welche die hier angeführten Anschauungen zu bestätigen scheinen; besonders soll erwähnt werden, dass die Ablösung der Schleimhaut auf der medialen Wand des Antrums zum wiederholten Male beobachtet worden ist.

R. LUND.

20. **Pietro Calliceti. Ueber die grosse differentialdiagnostische Schwierigkeit in einigen Fällen von Orbitalphlegmone und akutem geschlossenem Stirnhöhlenempyem und über den grossen Nutzen der Punktion des Sinus nach Citelli in diesen Fällen. (Sulla grave difficoltà diagnostica in alcuni casi tra flemmone orbitale e sinusite frontale purulenta acuta chiusa, e sulla grande utilità in tali casi della puntura del seno secondo il metodo Citelli.)** *Bollett. d. mal. dell' orecchio etc. Mai 1921.*

Verf. gibt die Geschichte eines Falles mit folgenden diagnostischen Möglich-

keiten: heftiges akutes Stirnhöhlenempyem, idiopathische retrobulbäre Phlegmone, eventuell auch akutes Keilbeinhöhlenempyem, Periostitis in der Tiefe der Orbita und Thrombose des Sinus cavernosus. Nachdem die letzteren Möglichkeiten ausgeschlossen waren, schwankte die Diagnose noch zwischen akutem geschlossenem Stirnhöhlenempyem und Orbitalphlegmone. Es wurde die Stirnhöhle im inneren oberen Orbitalwinkel eröffnet und ausgespült; da die Spülflüssigkeit klar war, konnte eine Stirnhöhlenerkrankung ausgeschlossen werden. Es wurde nun von dem äusseren Teil der Inzision aus sogleich tief in die Orbita eingegangen und der Abszess eröffnet.

CALAMIDA

21) **Harold Hays. Eine einfache blut- und schmerzlose Operation zur vollständigen Ausräumung des Siebbeinlabyrinths. (A simple bloodless and painless operation for the complete exenteration of the ethmoid labyrinth.)** *The Laryngoscope. März 1921.*

Nach sorgfältiger Anästhesierung, wobei Verf. Wert darauf legt, dass die Anästhesierungsflüssigkeit durch Schleimhaut und Knochen direkt in das Siebbeinlabyrinth eingespritzt wird, wird mittels einer scharfen Nasenschere eine tiefe Inzision oberhalb der mittleren Muschel so weit oben in der Nase gemacht wie möglich. Dann setzt er einen dünnen scharfen Meissel — er benutzt den Freerschen Septummeissel — in diese Inzision ein und drängt ihn, wobei bisweilen ein leichter Hammerschlag nötig ist, direkt nach hinten durch die Siebbeinzellen, wobei man darauf achten muss, dass der Meissel immer dem Nasenboden genähert bleibt und nicht von der imaginären Linie des Keilbeins abweicht. Nachdem der Meissel nach hinten bis zu dem durch das Keilbein repräsentierten knöchernen Widerstand forciert ist, drückt man die ganze Masse in die Nase hinein. Bisweilen muss der Meissel in gleicher Weise auch an der Aussenseite des Labyrinths gebraucht werden, um dieses frei zu machen. Das ganze Labyrinth kann jetzt in toto mit der Schlinge entfernt werden. Die nicht mitentfernten oberen Zellen können mit der Grünwaldschen Zange entfernt werden.

O. T. FREER

22) **P. Watson-Williams** und **E. Watson-Williams. Die Untersuchung des hinteren Siebbeinlabyrinths. (Posterior ethmoidal cell exploration.)** *Journal of Laryng. and Otol. Okt. 1921.*

Verff. beschreiben eine von ihnen angewandte Methode der Punktion der hinteren Siebbeinzellen. Sie bedienen sich dazu eines stumpfen Keilbeintroikarts mit Kanüle und einer Aspirationsspritze. Das Verfahren geschieht in Lokalanästhesie am liegenden Patienten. In der Mehrzahl der Fälle erfolgt die Punktion durch den mittleren Nasengang, seltener durch den oberen. Im ersteren Falle verfahren sie folgendermaassen: Der Troikart mit Kanüle wird zwischen mittlerer Muschel und Bulla ethmoidalis (oder bisweilen durch diese hindurch) in den obersten Teil des mittleren Nasengangs eingeführt und nach oben und hinten geschoben, bis seine Spitze hoch oben an der hinteren schrägen Anheftung der mittleren Muschel bleibt. Unmittelbar bevor man die Zellenwand punktiert, gibt man dem Troikart eine weniger schräge Richtung, indem man das Instrument und — wenn nötig — die Nasenspitze hebt und nun es so stellt, dass es eine ausgesprochene Richtung nach auswärts annimmt. Das Instrument wird dann sanft

urch die dünne vordere Wand der hinteren Siebbeinzelle oder Siebbeinzellen gerückt, so dass es in die Zelle eindringt, gerade aussen von dem dickeren Knochen, er der Anheftung der mittleren Muschel entspricht. Man muss sich hüten, die ussenwand der Zelle (nach der Orbitalhöhle zu) zu frakturieren, noch die Spitze er Kanüle zu weit nach oben zu richten, damit sie nicht durch das Dach in die chädelhöhle gelangt. Wird bei Einhaltung des vorgeschriebenen Weges der Druck was nach aussen und nur wenig nach aufwärts geübt, so ist keine Gefahr voranden. Liegt die Spitze des Instrumentes in der Zelle, so wird der Troikart erausgezogen und eine etwa 3 ccm sterilen Wassers enthaltende Aspirationsspritze aran befestigt. Leichte Auf- und Abbewegung des Spritzenstempels dient dazu, ie Höhle auszuspülen und die Spülflüssigkeit zurückzusaugen. Die Spülflüssigeit kann dann mikroskopisch und mittels Kulturverfahren untersucht werden. ach dem Eingriff kann etwas Kollargol in die Höhle eingespritzt werden.

In der Praxis wird das Verfahren wesentlich erleichtert, wenn man erst die eilbeinhöhle sondiert und so die Maasse von der Nasenspitze bis zur vorderen zw. hinteren Keilbeinhöhlenwand sich herschafft. Bei kleiner Keilbeinhöhle ist ie hintere Siebbeinzelle häufig grösser und tiefer als bei Personen mit wohlntwickelter Keilbeinhöhle; der Zugang zu einer hinteren Siebbeinzelle liegt aber eiter nach vorn, als die vordere Keilbeinhöhlenwand, während die Hinterwand ich nur selten so tief nach hinten erstreckt, wie die hintere Wand der Keileinhöhle.

Verff. haben bei ihrem Verfahren niemals einen unangenehmen Zufall gehabt. st man im Zweifel, ob man im hinteren Siebbein oder in der Keilbeinhöhle ist, so ann man dies leicht entscheiden, indem man eine zweite Kanüle in die Keilbeinöhle einführt und in der oben beschriebenen Weise die Höhle ausspült; sind beide anülen in derselben Höhle, so kommt das eingespritzte Wasser durch das proxiale Ende der anderen Kanüle zurück. Wenn — was gelegentlich vorkommt — natomische Verhältnisse das Eindringen in die hintere Siebbeinzelle erschweren, o muss man von dem Verfahren abstehen. Verff. führen 4 Fälle zur Illustration hres Verfahrens an.

FINDER.

23) **A. Seiffert. Behandlung von Depressionsfrakturen des Jochbeins.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. H. 2/3.*

S. hat die Reposition der Fragmente des gebrochenen Jochbeins von der nach Caldwell-Luc eröffneten Kieferhöhle aus vollzogen, indem er die Splitter der ebenfalls eingebrochenen lateralen Kieferhöhlenwand entfernte und digital von nnen und aussen das Jochbein einrichtete. Nach mehrwöchiger Behandlung der eröffneten Kieferhöhle wurde die orale Oeffnung geschlossen. Resultat gut. S. befürwortet gleichzeitige Anlegung einer weiten Oeffnung zur Nase.

BRADT.

24) **John Zahorsky** (St. Louis). **Verhütet Entfernung von adenoiden Vegetationen die akute Mittelohrerkrankung? (Does removal of adenoid vegetations prevent acute disease of the middle ear?)** *The Laryngoscope. Jan. 1921.*

Verf. will an der Hand von 29 Fällen seiner Erfahrung zeigen, dass Kinder unter 8 Jahren, denen die Rachenmandel entfernt wurde, ebenso leicht Störungen von seiten des Ohres ausgesetzt sind wie solche, die nicht operiert wurden. Er

kommt zu dem Schluss, dass die Adenoidoperation nicht als Prophylaktikum g Ohrerkrankungen angesehen werden kann, und wirft die Frage auf, ob nicht adenoide Gewebe durch Resorption von Bakterien und ihren Produkten e schützenden Einfluss gegen die Ausbreitung einer katarrhalischen Entzündung damit auf eine akute Infektion des Mittelohres ausübt.

O. T. FREE

c) Mundrachenhöhle.

25) **G. Bilancioni** und **Gaetano Croce. Der Processus styloideus des Schl beins und die Varietäten seines Verlaufes. (L'apofisi stiloide del temp e le varietà della sua direzione.)** *Arch. Ital. di Otol. Sept. 1921.*

Verff. geben zuerst eine Uebersicht der in der Literatur berichteten Fälle abnorm langem Proc. styloideus; der erste Fall wurde von **Morgagni** beric Sie betrachten sodann den Proc. styloideus vom entwicklungsgeschichtlichen vergleichend-anatomischen Standpunkt; er gehört eigentlich nicht den Schl knochen, sondern dem Zungenbeinsystem an und entsteht aus zwei Knöchelc dem Stylo-hyale und dem Kerato-hyale. Nicht selten findet man bei alten Le eine Verknöcherung des Ligamentum stylo-hyoideum, dadurch wird der Unterschi zwischen dem Zungenbeinapparat beim Menschen und beim Säugetier vermind Meist ist diese Verknöcherung eine teilweise, sie kann aber auch eine vollstän werden; in diesem Falle reicht der Proc. styloideus bis zum kleinen Zungenb horn, wodurch die Analogie zwischen dem Verhalten beim Säugetier und Mens noch vollständiger wird.

Verff. besprechen dann die Varietäten, die beim Proc. styloideus beim Mens beobachtet werden. Er kann z. B. statt von oben nach unten und von hinten vorn auch im entgegengesetzen Sinne oder vertikal gerichtet sein; bisweilen sch er gekrümmt oder um sich selbst gedreht. Er kann viel länger sein als er no ist, 5 cm lang und mehr und bis zum Unterkieferwinkel herabreichen. Er k durch eine Transversalnaht getrennt sein oder in seinem Verlauf eine oder meh Verdickungen aufweisen.

Im Zusammenhang damit werden die Knocheninseln erwähnt, die sich n selten in den Tonsillen menschlicher Föten finden. Diese Inseln, oft in Ve mit Epithelperlen, hängen ab von dem zweiten Kiemenbogen und vielleicht a von der Tuba Eustachii; ihre Anwesenheit soll zurückzuführen sein entweder eine abnorme Rückbildung des zweiten Kiemenbogens oder auf einen Aberratic vorgang von diesem oder der Tuba. Kürzlich (1908) hat **A. C. Bruni** die ex kraniellen Skelettabkömmlinge des zweiten Kiemenbogens beim Menschen un sucht; er hat festgestellt, dass die Varietäten des Zungenbeinapparates von ei unvollständigen Rückbildung eines oder beider Hauptsegmente abhängen.

Verff. haben an einer grossen Zahl von modernen römischen Schädeln Anthropologischen Museum in Rom Messungen angestellt, um festzustellen welchem Prozentsatz der Fälle der Proc. styloideus von dem normalen Mittel weicht; die Resultate dieser Messungen sind in einer Tabelle dargestellt. Z Schluss erörtern Verff. die mechanischen Kräfte, welche an der Schädelbasis u längs der seitlichen Rachenwand auf den Proz. styloideus einwirken und se Richtung mit beeinflussen (Muskelwirkung).

CALAMIDA

Steurer (Jena). **Ueber die Behandlung der Schleimhaut des Mundes und** ɜr **Speiseröhre bei Epidermolysis bullosa hereditaria.** *Arch. f. Ohrenheilk.* *d. 108. S. 10.*

Das Vorkommen der Epidermolysis ist an sich schon selten, ganz besonders im Gebiet der oberen Speisewege. In dem mitgeteilten Fall handelte es sich einen schwächlichen jungen Mann, der seit Jahren an zeitweiligen Schluck- :hwerden litt. An der Schleimhaut des Mundes und der Speiseröhre zeigte sich rend einer längeren Beobachtungsdauer das Auftreten von Bläschen verschie- er Grösse mit flüssigem Inhalt, die bald einem oberflächlichen, weisslich be- en Epidermisdefekt Platz machten und dann mit einer zarten Narbe abheilten.

KOTZ.

Joseph (Berlin). **Pharyngitis chronica bei Zahnplattenträgern.** *Arch. f. hrenheilk. Bd. 108. S. 17.*

Bei Plattenträgern wurde vom Verf. häufig eine chronische Pharyngitis bachtet, für die keine andere Ursache zu finden war. J. glaubt den Grund rfür im Fehlen des Rhodangehaltes des Speichels zu sehen, das seine Ursache einer Stoffwechselanomalie haben dürfte. Er hatte mit Rhodalzidtabletten gute olge.

KOTZ.

Henri Aboulker. Die Lokalanästhesie ist anwendbar bei chirurgischer Be- iandlung von allen Formen des Zungen- und Rachenkrebses. (L'anaesthesie locale est applicable au traitement chirurgical de toutes les formes du cancer de la langue et du pharynx.) *La Presse médicale. No. 86. 1921.*

Die schlechte Prognose der chirurgischen Behandlung beim Zungenkrebs be- :ht vor allem in der Allgemeinnarkose, besonders mit Chloroform. Verf. hat folgedessen bei den grossen Rachenoperationen die Narkose durch Lokalanästhesie setzt. Während er bei 18 in Chloroformnarkose ausgeführten Pharyngektomien :gen Krebs der Mund-Rachenhöhle 55 pCt. Todesfälle zu verzeichnen hatte, hat in Lokalanästhesie 10 Pharyngektomien hintereinander ohne Todesfall gemacht. iesen Fällen, über die Verf. auf dem Congrès de chirurgie 1920 berichtete, fügt hier noch drei weitere hinzu. Ferner berichtet er über einen ausgedehnten Fall n Zungenkrebs, der in Lokalanästhesie operiert wurde. Verf. verwendet eine 2 proz. Novokainlösung, die mit Methylenblau gefärbt ist; er operiert nur, wo laufärbung vorhanden ist, so dass er sicher ist, in anästhetischem Bezirk zu perieren. Verf. rühmt die relative Euphorie, in der sich die Patienten unmittelbar ach der Operation befanden.

FINDER.

9) **Rouget** und **Pommereau. Ueber eine seltene Ursache von Gaumenperfo- ration. (Sur une cause rare de perforation palatine.)** *Paris médical. 29. Oktober 1921.*

Verf. hat drei Fälle von Gaumenperforation beobachtet infolge Tragens eines künstlichen Gebisses; es waren dies solche Prothesen, bei denen das Anhaften am Gaumen bedingt wird durch Saugwirkung mittels einer kleinen runden Kautschuk- platte von konkaver Gestalt. Die Perforation war immer klein und entsprach der Stelle, wo die Kautschukplatte gesessen hatte. Die Entwicklung der Perforation

geschicht zuerst in der Nase, die Abstossung des Sequesters erfolgt unbe zuletzt ulzeriert die Gaumenschleimhaut und so entsteht die Kommunikation der Nase.

FINDE

30) **A. Heindl** (Wien). **Erkrankungen des Rachens durch Diplococcus lan latus pneumoniae.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1920.*

Der Autor konnte im Zeitraum einiger Wochen mehrere Fälle von Diph oder Angina Plaut-Vincent-ähnlichen Anginen beobachten, welche bei verhäl mässig geringen Temperaturen mit mächtigen, nahezu indolenten Lymphdrü infiltrationen und dicken, weissen Belägen auf den Tonsillen einhergingen welche den obengenannten Diplokokkus teils in Reinkulturen, teils in überwie dem Verhältnis zu anderen Bakteriengemischen erkennen liessen.

HANSZE

31) **W. W. Griffin** (New York). **Akute follikuläre Tonsillitis. (Acute follic tonsillitis.)** *Med. Record. 3. Sept. 1921.*

G. unterscheidet 3 Stadien, von denen das erste das präeruptive ist. diesem haben die Bakterien durch die Krypten Eingang gefunden und produzi Eiter und Toxine. Während dieser Zeit ist keine Drainage vorhanden und d starke Absorption von Toxinen. Dadurch erklären sich die heftigen Allgem erscheinungen, wie Fieber, Kopf- und Muskelschmerzen, Depression usw.

Im zweiten Stadium, dem „eruptiven", brechen die Follikel durch und giessen ihren Inhalt in die Mundhöhle. Weissliche Flecken an den Tonsillen. Toxine werden nun entleert und alle Symptome werden geringer.

Im letzten, dem „kontraktilen" Stadium, setzen Kontraktionen ein und Mandeln nehmen langsam ihre normale Gestalt an.

Man verordnet für das erste Stadium grosse Gaben von Ol. ricini, A pyretika und häufiges Gurgeln. Im zweiten Stadium antiseptisches Gurgelwa keine Adstringentien. Diese letzteren sind indiziert im dritten Stadium.

FREUDENTHAL

32) **Giesbert** (Beringhausen). **Zur Vakzinebehandlung der Angina follicul mit Opsonogen.** *Med. Klinik. No. 42. 1921.*

Bei 12—15 Fällen von typischer Angina follicularis wurde nach subkut Einverleibung von Opsonogen (sofort 500 Millionen Keime) ausnahmslos ein schne Zurückgehen des objektiven und subjektiven Krankheitsbildes beobachtet.

SEIFERT

33) **Louis R. Effler. Hirnabszess nach Streptokokkenangina. (Brain abs following streptococcus sore throat.)** *The Laryngoscope. Febr. 1921.*

Der Fall betraf ein 4jähriges Kind, das im November 1919 an einer Stre kokkeninfektion des Rachens erkrankte — graue Membranen bedeckten b Tonsillen und Pharynx und erstreckten sich auf den weichen Gaumen und U Zweimalige Diphtheriekulturen negativ. Die Infektion erstreckte sich auf das li Ohr und führte zu einer Mastoiditis; nach Aufmeisselung, wobei ein subperiost Abszess gefunden wurde, relativ gutes Befinden mit gelegentlichen Te peratursteigerungen. Im Januar traten immer deutlicher die Symptome eines Hi abszesses zutage; da man eine rechtsseitige Mastoiditis vermutete, so wurde

rechte Warzenfortsatz aufgemeisselt, erwies sich aber als gesund. Nach Freilegung der Dura wurde der Abszess gefunden, der ungefähr hühnereigross war. Es trat Heilung ein.

Bemerkenswert ist, dass der grosse Abszess lange Zeit hindurch nur geringe Symptome gemacht hatte, ferner das Fehlen von Temperatursteigerungen; das Kind hatte während der ganzen Zeit, wo der Abszess bestand, ständig an Gewicht zugenommen.

Verf. plädiert dafür, lange zu drainieren; er hat dies in vorliegendem Falle 2 Monate lang getan. Er hebt ferner hervor, dass die in den Lehrbüchern erwähnten Symptome — Kopfschmerz, Temperaturerhöhung und Pulsverlangsamung — hier fehlten; sind diese Symptome vorhanden, so sei der Fall aussichtslos.

O. T. FREER.

34) **Ciro Caldera. Parese des Gaumensegels als direkte Folge von Angina Vincenti. (Paresi del velo pendulo quale reliquato diretto di angina ulceronecrotica di Vincent.)** *Bollett. d. mal. dell' orecchio. Jan. 1921.*

In einem Falle — fieberloses Auftreten einer mit nekrotischem Belag bedeckten Ulzeration am oberen Pol der linken Tonsille, keine Drüsenschwellungen —, in dem klinisch die Diagnose auf Vincentsche Angina gestellt wurde und bei dem sich massenhaft fusiforme Bazillen und Spirochäten im Abstrich fanden, die Untersuchung auf Diphtheriebazillen aber negativ blieb, Heilung unter Pinselung mit Methylenblau nach 48 Stunden erfolgte, trat eine Lähmung der linken Gaumensegelhälfte auf, die in einem Monat verschwand. Verf. nimmt eine neurotoxische Veränderung der Nervenfasern an.

CALAMIDA.

35) **T. Mark Hovell. Ist die blosse Vergrösserung einer Tonsille guter und hinreichender Grund für ihre Enukleation? (Is the mere enlargement of a tonsil good and sufficient reason for its enucleation?)** *Journ. of Lar. and Otol. Oktober 1921.*

Verf. vertritt die Meinung, dass Enukleation der Tonsille wegen blosser Hyperplasie nicht zu rechtfertigen ist: 1. Weil sehr viele Fälle von Vergrösserung der Tonsille die Folge von Nasenverstopfung sind, was dadurch bewiesen wird, dass sie schrumpfen, wenn die Nasenatmung frei gemacht ist, besonders wenn die Tonsille durch Abtragung des über die Gaumenbögen hinausragenden Teils verkleinert wird. 2. Wegen der Gefahr der Blutung. 3. Wegen der Narbenbildung, die oft nach der Operation entsteht und durch welche bei Erwachsenen die Singstimme geschädigt, bei Kindern die Entwicklung einer guten Singstimme verhindert werden kann.

FINDER.

36) **Isaac M. Heller. Peritonsillärabszess und seine Radikalbehandlung. (Peritonsillar abscess and its radical treatment.)** *The Laryngoscope. April 1921.*

Verf. plädiert dafür, bei Peritonsillitis die totale Ausschälung der Tonsille zu machen. Er hat dies in 48 Fällen ausgeführt. Er hatte 2 Todesfälle; in dem ersten Fall handelte es sich um eine lymphatische Leukämie, die übersehen war und in 14 Tagen zum Exitus führte. Im zweiten Fall handelte es sich um ein 3½jähriges Kind mit enormer Schwellung der linken Tonsillarregion und erheb-

licher Dyspnoe; es war von anderer Seite vergebens versucht worden, durch Inzision den Eiter zu entleeren. Das Kind wurde in schwer krankem Zustande in das Hospital gebracht, wo die Radikaloperation der Tonsille gemacht und ein tiefsitzender Abszess hinter der Tonsille gefunden wurde; zehn Stunden später Zyanose und Sistieren der Atmung; Tracheotomie, Exitus 13 Stunden nach der Operation. Es fand sich eine sehr grosse Thymus. O. T. FREER.

37) **G. E. Permin. Einige Bemerkungen über chronische Tonsillitis und Lungentuberkulose. (Nogle bemaerkninger om kronisk tonsillitis og lungetuberkulose.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 37. S. 1224.*

Der Verf. erwähnt unter differentialdiagnostischen Erwägungen, dass die chronische Tonsillitis eine Reihe von Symptomen mit der Lungentuberkulose gemeinsam hat, indem das tonsilläre Leiden Müdigkeit, Abmagerung, Anämie und Temperaturerhöhungen verursachen kann, ferner ev. Nachtschweiss sowie Husten und Auswurf wegen Katarrh der oberen Luftwege, während die lokalen subjektiven Symptome schwach ausgesprochen sein können. R. LUND.

38) **A. Graham Biddle** (New York). **Entfernung von Tonsillen und adenoiden Wucherungen unter Stickstoff-Sauerstoff-Anästhol-Paraldehyd-Anästhesie. (Removal of tonsils and adenoids under nitrous oxid-oxygen-anesthol-paraldehyde anesthesia.)** *Amer. Journ. Surgery. S. 105. 1921.*

Es kommt darauf an, beide Tonsillen vollständig ohne Hinterlassung von Gewebe zu entfernen, und zweitens ein Minimum von Blutung ohne Verletzung der benachbarten Teile zu erreichen. Dazu gehört zuerst eine gute Narkose. Verf. ahmte die Methode von Ecker, einem Zahnarzte, nach. Dieser operiert an Patienten: alt oder jung, schwach oder stark, gerade wie sie von der Strasse kommen (auch grössere Operationen) mittels der obigen Narkose und lässt sie dann gleich nach der Operation nach Hause gehen. Verf. hebt diese Narkose rühmlichst hervor. FREUDENTHAL.

39) **Alfred Kahn** (New York). **Mandelblutungen. (Tonsil hemorrhage.)** *Med. Record. 24. Sept. 1921.*

Blutet ein grosses Gefäss, so muss es unterbunden werden. Wenn aber das Blut aus mehreren kleineren Stellen hervorsickert, dann nimmt man einen Seidenfaden (oder auch Katgut), an dessen Ende eine Nadel ist. Diese Nadel wird durch die Mandelhöhle, sowie durch Muskeln und Haut gestochen, bis sie aussen am Halse erscheint. Dann wird der am anderen Ende befindliche Schwamm fest angezogen und der Faden aussen befestigt. Bei schweren Blutungen gibt es nur ein Mittel und das ist die sofortige Unterbindung der Karotis. FREUDENTHAL.

40) **Beck** (Heidelberg). **Ueber Gurgeln.** *Med. Klinik. No. 42. S. 1278. 1921.*

Röntgenaufnahmen von Patienten, die mit Eubarytaufschwemmung gurgelten, zeigten, dass der Pharynx und Epipharynx freiblieben und nur die Tonsillen und die Gaumenbögen davon bestrichen wurden. Nur ein Tenor, der das tiefe Gurgeln beherrschte, vermochte die Aufschwemmung in die tieferen Teile zu bringen. SEIFERT.

d) Diphtherie und Croup.

41) **Bieling. Die praktische Anwendung des Diphtherie-Rinderserums. (Erwiderung auf die Arbeit von R. Kraus, Bonorino Cuenca und A. Sordelli in dieser Wochenschr., No. 39, S. 1244.)** *Münch. med. Wochenschr. No. 43. S. 1397. 1921.*

Verf. stellt fest, dass in den Höchster Farbwerken bereits seit 1912 Rinder-Diphtherieserum hergestellt wird und besonders als Prophylaktikum in Fällen mit spezieller Indikation sich in die Praxis eingebürgert hat. Die Behauptung Kraus', dass das Diphtherie-Rinderserum weniger zu Serumreaktionen beim Menschen Veranlassung gibt, als das Pferdeserum, erscheint ihm noch nicht als erwiesen. Zur therapeutischen Injektion eignet es sich wegen der hohen Menge, die im Vergleich zum Pferdeserum eingespritzt werden muss, nicht so gut. KOTZ.

42) **Kritzler. Ueber das Vorkommen der Diphtheriebazillen in der Neugeborenennase nach Beobachtungen der Giessener Frauenklinik.** Med. Ges. Giessen, Sitzung v. 14. Januar 1920. *Deutsche med. Wochenschr. No. 22. S. 616. 1920.*

Es handelt sich in allererster Linie um Bazillenträger, nicht um Nasendiphtherie. Der Befund ist nach den Beobachtungen in der Giessener Frauenklinik im allgemeinen harmlos. R. HOFFMANN.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

43) **Wilhelm Wernstedt. Einige Worte über Stridor congenitus an zwei zur Sektion gelangten Fällen beleuchtet. (Nagra ord om „stridor congenitus" i belysning af tvenne tiu sektion gangna fall.)** *Hygiea. Bd. 82. H. 19. 1920.*

Verf. hat die Gelegenheit gehabt, den Kehlkopf in 2 Fällen von infantilem Larynxstridor zu studieren, die an interkurrenten Krankheiten starben. Die Untersuchung zeigte, dass die Ursache dieser Krankheit verschieden sein kann. Es gibt wenigstens zwei Haupttyen, dem einen liegt sicher eine funktionelle Störung, dem anderen eine bestehende anatomisch bedingte Verengerung des Aditus laryngis zugrunde. Der Mitteilung ist ein übersichtliches deutsches Résumé beigefügt.

E. STANGENBERG.

44) **E. Langer. Ueber den Soor des Kehlkopfes.** *Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 34. H. 2/3.*

Beschreibung des klinischen und pathologisch-anatomischen Bildes einer Soorerkrankung des Kehlkopfes bei einem dreiwöchigen Kinde. Der Soorpilz kann das Epithel so stark schädigen, dass es zu einer oberflächlichen Defektbildung kommen kann und ferner kann, wenn auch selten, das Auftreten von Soor sich auf einen kleinen isolierten Kehlkopfbezirk — die Stimmbänder — beschränken, ohne dass an einer Stelle des Mundes, Rachens oder der Speiseröhre ein Soorbelag nachweisbar ist. Trotzdem möchte Verf. nicht von einem primären Soor des Kehlkopfes sprechen, weil er glaubt, dass in allen Fällen von Kehlkopfsoor eine wenigstens vorübergehende Ansiedlung von Soor an den erwähnten Stellen, statthaben muss, wie es auch für den vorliegenden Fall der klinische Bericht wahrscheinlich macht. BRADT.

45) **Alfred Fallas** (Brüssel). **Doppelseitige Rekurrenslähmung infolge gross Aortenaneurysmas. (Paralysie récurrentielle bilatérale par volumineux a eurysme de l'aorte.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. Juli 1921.*

Mitteilung eines Falles, einen 63jährigen Mann betreffend. Da die gelähm Stimmlippen nur einen 2—3 mm breiten Spalt zur Atmung liessen, bestand he Dyspnoe. Tracheotomie wurde verweigert.

FINDE

46) **L. Grünwald. Unvollkommene Rekurrenslähmungen.** *Arch. f. Lar. u. Rh Bd. 34. H. 2/3.*

In einer sehr eingehenden kritischen Betrachtung der einschlägigen Liter und auf Grund eigener Beobachtungen kommt Verf. zu folgender zusamm fassender Darstellung der Tatsachen, welche die Rekurrenslähmung betreffen:

1. In der Mehrzahl der Fälle allmählicher oder unvollständiger Sch gungen des Stammes des Ramus laryngeus recurrentis vagi tritt zunächst ausschliesslich Adduktions-, erst später Intermediärstellung auf; umgekehrt is Verlauf bei eintretender Heilung: erst Medianstellung, dann allmähliche Rück aller Bewegungen.

2. In einer, bisher nur in geringer Zahl bekannten Minorität von Fä wird das entgegengesetzte Verhalten beobachtet, indem zunächst oder ausschl lich Abduktionsstellung eintritt oder bei eintretender Heilung zuerst die Abdu sich wieder herstellt.

3. Ebenfalls in einer Minorität von Fällen wird eine ziemlich gleichmä Beeinträchtigung der Adduktion, ebenso wie der Abduktion beobachtet.

4. Wieviel von all diesen Erscheinungen auf Lähmungs-, wieviel auf R zungszuständen im Nerven oder Muskel beruht, ist vorderhand noch nicht Sicherheit, weder im allgemeinen noch in allen Einzelfällen zu entscheiden.

5. Soweit Lähmungen in Frage kommen, ist es ebenso möglich, dass differente Verhalten der Schliesser- gegenüber der Erweiterermuskulatur auf schiedenartigem biologischen Verhalten beruht, als dass ihm individuell schiedene Innervationsverhältnisse zugrunde liegen.

6. Das Verhältnis des Minoritätsvorkommens von beiderlei Art wäre typische Variante von qualitativer Gleichberechtigung gegenüber dem Majorit vorkommen anzusehen.

Es ist zu erwarten, dass diese mit viel Scharfsinn und Klarheit durch führten Ansichten weitere Anregungen auslösen werden zur genaueren Analyse d zur Beobachtung kommenden Rekurrenslähmungen und dass auf diese Weise Rosenbach-Semonsche Deutung erneut beleuchtet wird.

BRADT

47) **Béla Freystadtl. Rachen- und Kehlkopfsymptome bei Myasthenie.** *Ar f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. H. 2/3.*

Die Beobachtung von 4 Fällen ergibt, dass die Sprachstörungen bei M asthenie im wesentlichen auf eine Parese der Velum- und Lippenmuskula zurückzuführen sind. In einem Teile der Fälle wurde auch beobachtet, dass Kehlkopfmuskulatur beteiligt ist, und zwar sowohl bei der Phonation wie bei Respiration. Die leichte Ermüdbarkeit der ersteren ist unschwer festzustellen.

Respirationsmuskulatur aber nicht, wegen der leicht zu provozierenden Suffuionserscheinungen. BRADT.

F. T. Hill (Waterville). **Bericht über einen Fall von Dislokation der Epiglottis. (Report of a case of dislocation of the epiglottis.)** *The Laryngoscope. Mai 1921.*

Ein Mulatte, der zwei Jahre vorher stark am Hals gewürgt worden war und ei viel Blut aus dem Munde entleert hatte, ist seit der Zeit heiser und klagt r Atemnot. Laryngoskopie zeigte, dass die Epiglottis nach rückwärts gedreht r, so dass ihr Längsdurchmesser horizontal stand und ihre Spitze die hintere chenwand berührte. Mit dem gewöhnlichen Kehlkopfspiegel war es nicht glich, das Kehlkopfinnere zu sehen; mittels direkter Besichtigung erwies er sich — auf leichte Rötung und Verdickung der Stimmlippen — als normal. Unter kain wurde die Spitze der Epiglottis entfernt und eine Inzision in horizontaler htung in ihrer Mittellinie gemacht, wodurch sie bis zur Basis gespalten wurde. rch die Narbenkontraktion wurden die Seitenränder der Epiglottis in mässigem ade aufgerichtet. Das funktionelle Resultat war gut, insofern die Atemnot aufte. O. T. FREER.

) G. Bogdan (Jassy). **Ruptur der rechten Stimmlippe als Folge einer Erdrosselung mit der Hand. (Rupture de la corde vocale inférieure droite— suite de strangulation à la main.)** *Revue médicale française. Mai 1921.*

Eine 56jährige Frau wurde überfallen und mit den Händen erdrosselt. Bei r Autopsie fand sich, dass die rechte Stimmlippe in transversaler Richtung vollmmen durchrissen war. Verf. vermutet, ohne es beweisen zu können, dass die ptur herrühre von den heftigen gellenden Schreien, die das Opfer ausstiess und e von den Nachbarn gehört wurden. FINDER.

) N. Rh. Blegvad. **Kombinierte Behandlung der Larynxtuberkulose. (Universelles Kohlenbogenlichtbad und lokaler chirurgischer Eingriff.) [Traitement combiné de la tuberculose du larynx. (Bain de lumière générale à la lampe à arc et intervention chirurgicale locale.)]** *Acta Oto-Laryng. Vol. III. Fasc. 1 u. 2. p. 115.*

Die vorliegende Arbeit schliesst sich einer früher im Zentralbl. für Laryng., 20, S. 290, referierten Arbeit über dasselbe Thema an.

Der Verf. hat in einer Reihe von Fällen vollkommene Heilung der Larynxberkulose durch universelles Kohlenbogenlichtbad allein und gleichzeitige Schweigekur" erzielt. Die Behandlung gewinnt jedoch bedeutend bei der Kommination mit lokalen chirurgischen Eingriffen, besonders wenn der tuberkulöse rozess von ausgebreiteter Natur ist. Die chirurgischen Eingriffe, welche am äufigsten zur Anwendung kamen, sind: Galvanokaustische Tiefenpunktur, Extirpation der Infiltrate mit Doppelkürette, oberflächliche Kauterisationen, Milchäurepinselungen (100 proz.), Epiglottisamputation. Die lokalen chirurgischen ingriffe kommen jedoch nur in Anwendung in den Fällen, wo die Lichtbäder llein nicht zur Heilung geführt haben.

Im ganzen hat der Verf. ohne Auswahl etwa 100 Pat. in der beschriebenen Weise behandelt. Die Behandlung ist bei 86 Pat. vollständig zu Ende gebracht.

45) **Alfred Fallas** (Brüssel). **Doppelseitige Rekurrenslähmung infolge grossen Aortenaneurysmas. (Paralysie récurrentielle bilatérale par volumineux anévrysme de l'aorte.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. Juli 1921.*

Mitteilung eines Falles, einen 63jährigen Mann betreffend. Da die gelähmten Stimmlippen nur einen 2—3 mm breiten Spalt zur Atmung liessen, bestand heftige Dyspnoe. Tracheotomie wurde verweigert.

FINDER.

46) **L. Grünwald. Unvollkommene Rekurrenslähmungen.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. H. 2/3.*

In einer sehr eingehenden kritischen Betrachtung der einschlägigen Literatur und auf Grund eigener Beobachtungen kommt Verf. zu folgender zusammenfassender Darstellung der Tatsachen, welche die Rekurrenslähmung betreffen:

1. In der Mehrzahl der Fälle allmählicher oder unvollständiger Schädigungen des Stammes des Ramus laryngeus recurrentis vagi tritt zunächst oder ausschliesslich Adduktions-, erst später Intermediärstellung auf; umgekehrt ist der Verlauf bei eintretender Heilung: erst Medianstellung, dann allmähliche Rückkehr aller Bewegungen.

2. In einer, bisher nur in geringer Zahl bekannten Minorität von Fällen wird das entgegengesetzte Verhalten beobachtet, indem zunächst oder ausschliesslich Abduktionsstellung eintritt oder bei eintretender Heilung zuerst die Abduktion sich wieder herstellt.

3. Ebenfalls in einer Minorität von Fällen wird eine ziemlich gleichmässige Beeinträchtigung der Adduktion, ebenso wie der Abduktion beobachtet.

4. Wieviel von all diesen Erscheinungen auf Lähmungs-, wieviel auf Reizungszuständen im Nerven oder Muskel beruht, ist vorderhand noch nicht mit Sicherheit, weder im allgemeinen noch in allen Einzelfällen zu entscheiden.

5. Soweit Lähmungen in Frage kommen, ist es ebenso möglich, dass das differente Verhalten der Schliesser- gegenüber der Erweiterermuskulatur auf verschiedenartigem biologischen Verhalten beruht, als dass ihm individuell verschiedene Innervationsverhältnisse zugrunde liegen.

6. Das Verhältnis des Minoritätsvorkommens von beiderlei Art wäre als typische Variante von qualitativer Gleichberechtigung gegenüber dem Majoritätsvorkommen anzusehen.

Es ist zu erwarten, dass diese mit viel Scharfsinn und Klarheit durchgeführten Ansichten weitere Anregungen auslösen werden zur genaueren Analyse der zur Beobachtung kommenden Rekurrenslähmungen und dass auf diese Weise die Rosenbach-Semonsche Deutung erneut beleuchtet wird.

BRADT

47) **Béla Freystadtl. Rachen- und Kehlkopfsymptome bei Myasthenie.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. H. 2/3.*

Die Beobachtung von 4 Fällen ergibt, dass die Sprachstörungen bei Myasthenie im wesentlichen auf eine Parese der Velum- und Lippenmuskulatur zurückzuführen sind. In einem Teile der Fälle wurde auch beobachtet, dass die Kehlkopfmuskulatur beteiligt ist, und zwar sowohl bei der Phonation wie bei der Respiration. Die leichte Ermüdbarkeit der ersteren ist unschwer festzustellen. die

der Respirationsmuskulatur aber nicht, wegen der leicht zu provozierenden Suffukationserscheinungen. BRADT.

48) **F. T. Hill** (Waterville). **Bericht über einen Fall von Dislokation der Epiglottis. (Report of a case of dislocation of the epiglottis.)** *The Laryngoscope. Mai 1921.*

Ein Mulatte, der zwei Jahre vorher stark am Hals gewürgt worden war und dabei viel Blut aus dem Munde entleert hatte, ist seit der Zeit heiser und klagt über Atemnot. Laryngoskopie zeigte, dass die Epiglottis nach rückwärts gedreht war, so dass ihr Längsdurchmesser horizontal stand und ihre Spitze die hintere Rachenwand berührte. Mit dem gewöhnlichen Kehlkopfspiegel war es nicht möglich, das Kehlkopfinnere zu sehen; mittels direkter Besichtigung erwies er sich — bis auf leichte Rötung und Verdickung der Stimmlippen — als normal. Unter Kokain wurde die Spitze der Epiglottis entfernt und eine Inzision in horizontaler Richtung in ihrer Mittellinie gemacht, wodurch sie bis zur Basis gespalten wurde. Durch die Narbenkontraktion wurden die Seitenränder der Epiglottis in mässigem Grade aufgerichtet. Das funktionelle Resultat war gut, insofern die Atemnot aufhörte. O. T. FREER.

49) **G. Bogdan** (Jassy). **Ruptur der rechten Stimmlippe als Folge einer Erdrosselung mit der Hand. (Rupture de la corde vocale inférieure droite— suite de strangulation à la main.)** *Revue médicale française. Mai 1921.*

Eine 56jährige Frau wurde überfallen und mit den Händen erdrosselt. Bei der Autopsie fand sich, dass die rechte Stimmlippe in transversaler Richtung vollkommen durchrissen war. Verf. vermutet, ohne es beweisen zu können, dass die Ruptur herrühre von den heftigen gellenden Schreien, die das Opfer ausstiess und die von den Nachbarn gehört wurden. FINDER.

50) **N. Rh. Blegvad. Kombinierte Behandlung der Larynxtuberkulose. (Universelles Kohlenbogenlichtbad und lokaler chirurgischer Eingriff.) [Traitement combiné de la tuberculose du larynx. (Bain de lumière générale à la lampe à arc et intervention chirurgicale locale.)]** *Acta Oto-Laryng. Vol. III. Fasc. 1 u. 2. p. 115.*

Die vorliegende Arbeit schliesst sich einer früher im Zentralbl. für Laryng., 1920, S. 290, referierten Arbeit über dasselbe Thema an.

Der Verf. hat in einer Reihe von Fällen vollkommene Heilung der Larynxtuberkulose durch universelles Kohlenbogenlichtbad allein und gleichzeitige „Schweigekur“ erzielt. Die Behandlung gewinnt jedoch bedeutend bei der Kombination mit lokalen chirurgischen Eingriffen, besonders wenn der tuberkulöse Prozess von ausgebreiteter Natur ist. Die chirurgischen Eingriffe, welche am häufigsten zur Anwendung kamen, sind: Galvanokaustische Tiefenpunktur, Exstirpation der Infiltrate mit Doppelkürette, oberflächliche Kauterisationen, Milchsäurepinselungen (100 proz.), Epiglottisamputation. Die lokalen chirurgischen Eingriffe kommen jedoch nur in Anwendung in den Fällen, wo die Lichtbäder allein nicht zur Heilung geführt haben.

Im ganzen hat der Verf. ohne Auswahl etwa 100 Pat. in der beschriebenen Weise behandelt. Die Behandlung ist bei 86 Pat. vollständig zu Ende gebracht.

In 30 pCt. dieser 86 Fälle wurde vollkommene Heilung erreicht. In den meisten dieser Fälle handelte es sich um stark angegriffene Pat. sowohl betreffs der Lungen- als der Larynxtuberkulose. Von den in der früheren Arbeit als geheilt erwähnten Pat. hat Verf. später Gelegenheit gehabt, 7 Pat. zu untersuchen. Bei 5 von diesen war die Heilung stabil. In 2 Fällen war ein kleines Rezidiv. In 2 von diesen als geheilt angeführten Fällen war Tod eingetreten; in diesen beiden Fällen zeigte die Autopsie eine vollständige Heilung des Larynxleidens.

Auch in den mehr oder weniger als gebessert erwähnten Fällen war die Besserung durchgehends von vorwärtsschreitender Natur, wenn auch ein Teil dieser Pat. ihrem Lungenleiden unterlag.

R. LUND.

51) **Kowler** (Mentone). **Die Sonnenbehandlung bei der Kehlkopftuberkulose. (L'héliothérapie dans la tuberculose laryngée.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. Juli 1920.*

Für die Bestrahlung des Kehlkopfes mit Sonnenlicht gibt es zwei Arten von Apparaten, solche, bei denen das Sonnenlicht direkt in den Kehlkopf gerichtet wird und solche, bei denen reflektierte Strahlen — entweder einfach oder doppelt reflektierte — in den Kehlkopf geworfen werden. Die Nachteile der bisher gebrauchten Apparate bestanden darin, dass entweder die ständige Anwesenheit eines Arztes während der Bestrahlung notwendig ist oder der Pat. stundenlang selbst den Kehlkopfspiegel halten muss, ferner darin, dass bei Anwendung von Glasspiegeln die wirksamen ultravioletten Strahlen resorbiert werden.

Verf. hat einen Apparat konstruiert (Abb.), bei dem diese Nachteile fortfallen. Er ist selbsthaltend, der Spiegel, der aus Nickel besteht und daher die ultravioletten Strahlen nicht absorbiert, wird durch den Apparat in der ihm gegebenen Stellung mechanisch fixiert. Die Dauer der Sitzung betrug anfangs drei Minuten und wurde allmählich auf 40 Minuten gesteigert. Der Apparat kann durch jede Hilfsperson, der es einmal gezeigt ist, eingeführt werden. Er kann auch zu endolaryngealen Operationen benutzt werden, wobei der Operateur beide Hände frei hat.

FINDER.

52) **L. Stein** (Wien). **Ueber Pachydermie des Kehlkopfes.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 13. 1920.*

Mitteilung eines einschlägigen Falles. Die Neigung zur Pachydermie kann durch eine gewisse vererbte Veranlagung bedingt sein, da diese an und für sich seltene Erkrankung bei Vater und Sohn in gleicher Weise aufgetreten ist.

HANSZEL.

53) **Violle. Ursprung der Spirochäten in der Mund- und Tracheobronchialregion. (Origine des spirochètes des régions buccale et trachéo-bronchique.)** *Société de Biologie. Paris. 29. Okt. 1921.*

Die in der Mundhöhle schmarotzenden Spirochäten, die in gewissen noch nicht geklärten Fällen sich auf die Nachbarregionen ausbreiten und dort verschiedene krankhafte Zustände hervorrufen (Alveolarpyorrhoe, Angina Vincenti, Bronchospirochätose von Castellani usw.), scheinen nach Verf. von dem Erdboden zu

stammen. In Abflusswässern, im Strassenschmutz, in feuchtem, gut gelüftetem und schwach alkalisch reagierendem Humus findet man zahlreiche Spirochäten von allen Grössen und jeder Beweglichkeit. Im Strassenschmutz, über den man dauernd Luft streichen lässt und der bisweilen $^{3}/_{10}$ der anfänglich in ihm enthaltenen Mikroben verloren hat, konstatiert man noch die Anwesenheit von Spirochäten.

Es scheint, dass der Mensch sich durch Ingestion von frischen, aber schlecht von der anhaftenden Erde gereinigten Früchten, Gemüsen usw. infiziert.

FINDER.

e II) Stimme und Sprache.

54) **E. Fröschels** (Wien). **Sprachstörungen und Schule.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 22. 1920.*

In sachgemässer Begründung seiner Ausführungen tritt der Autor für die Errichtung eigener Sonderelementarklassen für sprachgestörte Kinder ein.

HANSZEL.

55) **H. Prange. Hygienisches Sprechen und Singen.** *Stimme. XV. H. 7/8. S. 128. April-Mai 1921.*

Vortrag über Atemtechnik, Stimmeinsatz und -ansatz sowie Artikulation nach bekannten Lehrbüchern. Die Bedeutung der Sprechtonlage ist zu wenig hervorgehoben.

NADOLECZNY.

56) **Nikolaus Widmann. Das Krankheitsbild der amnestischen Aphasie mit Alexie, Agraphie und schwachen Spuren von Ataxie.** *Zeitschr. f. Kinderforsch. Bd. 24. S. 24 u. 88. 1918.*

Beschreibung eines Falles nach Apoplexie. Genaue Analyse der sprachlichen und der Gedächtnisreste nebst Angaben über die Uebungsbehandlung.

NADOLECZNY.

57) **Carl Becker. Ueber Vokalisation und Registerfragen.** *Stimme. XV. H. 9. S. 145. Juni 1921.*

B. weist auf den Schaden hin, den falsche Vokalisation der Singstimme bringt, und behauptet, das Wissen um die 3 Stimmregister sei ungünstig für die stimmliche Ausbildung, welche den Ausgleich aller Uebergänge zum Ziel hat. Technische Andeutungen, wie dieser Ausgleich gemacht werden soll, werden gegeben.

NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

58) **J. H. Roorda Smit** (Buenos-Aires). **Syphilis der Schilddrüse.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 2. S. 156. 1921.*

Mitteilung zweier Fälle von toxischer Struma, bei welchen Verf. Syphilis als Ursache annehmen will.

v. GILSE.

59) **Martin Jastram. Zur Methodik der Kropfoperation,** Aus der chir. Univ.-Klinik Königsberg. *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 165. S. 320. 1921.*

Statistik über das Operationsmaterial (234 Fälle) der 6 Jahre (1914—1920). Beschreibung der Methodik: Lokalanästhesie, Kragenschnitt, Unterbindung sämtlicher Schilddrüsenarterien und Abtragung der Schilddrüse so weit, dass auf beiden

Seiten ein daumengrosses Stück mit der Kapsel zurückbleibt; ebenso wird die Hinterfläche der Drüse mit dünner Gewebsschicht stehen gelassen. DREYFUSS.

60) **G. W. Crile, W. E. Lower, H. G. Sloan** und **B. J. Harrison** (Cleveland, O.). **Gewisse postoperative Komplikationen nach der Thyreoidektomie. (Certain post-operative complications of operations on the thyroid gland.)** *Amer. Journ. Surgery. Oktober 1921.*

Diese aus der Klinik Criles hervorgegangene Arbeit bespricht: 1. Die Vernarbung mit der Trachea an der Stelle der Drainage. Die Exzision ist das beste Mittel. 2. Die Ungleichheit des Nackens, die infolge von Absorption oder durch Verdrängung der Gewebe entstanden war. Zurückschlagen der Haut usw., sowie Transplantation von Fett. 3. Postoperative Heiserkeit, meistens durch Schädigung des N. recurrens entstanden, selten bleibend. 4. Aphonie, gewöhnlich psychischer Natur. In nur einem Falle unter 500 blieb sie dauernd. 5. Thyreodektomie ist bei Sängern eine heikle Sache, doch beobachteten Verff. selten eine wesentliche Veränderung der Stimme. 6. Intermittierende respiratorische Hemmung (block) infolge von Paralyse der Abduktoren. Asphyxie kann eintreten, doch verhindert man dieses durch Ausschneidung des freien Endes beider Stimmbänder. 7. Falscher Alarm, gewöhnlich nervösen Ursprungs. 8. Postoperative Infektion, die nur durch sofortige breite Eröffnung der ganzen Wundfläche beseitigt werden kann. 9. Das zuweilen starke Wachstum eines zurückgelassenen Teiles der Drüse bei einfachen Strumen. Dagegen wird innerlich Jod mindestens ein Jahr lang gegeben, aber nur bei einfachen Strumen, nicht bei Basedow oder toxischen Adenomen.

FREUDENTHAL.

61) **Abraham Proell. Zur Diagnose des Morbus Basedowii. (Tiu diagnostiken vid morbus Basedowii.)** *Hygiea. Bd. 82. H. 2. 31. Jan. 1920.*

In Erinnerung dessen, dass die Diagnose des Morbus Basedowii nunmehr gestellt werden kann, auch wenn sämtliche seit altersher aufgestellte Kardinalsymptome — Struma, Tachykardie und Exophthalmus — nicht vorhanden sind, lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf die vermehrte Empfindlichkeit der Basedowkranken gegen Adrenalin; eine Tatsache, die im Jahre 1916 von Cannon und Catell und 1918 von Goetsch schon konstatiert ist. Bei 6 Patienten mit klinisch manifester Basedowstruma und bei 4 mit unkomplizierter Struma hat Verfasser Goetsch' Resultate konstatieren können; bei der ersten Gruppe trat eine typische Reaktion nach Adrenalinjektion ein: nach subkutaner Injektion von 0,5 mg Adrenalin starke Steigerung des Blutdruckes und der Pulsfrequenz und stärkeres Hervortreten übriger deutlicher und latenter Basedowsymptome. Solche Adrenalinreaktion war bei der zweiten Gruppe nur angedeutet. E. STANGENBERG.

g) Oesophagus.

62) **J. Guisez. Funktionelle Zeichen von Speiseröhrenkrebs.** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. Mai 1920.*

Verf. gibt eine auf Beobachtung von 1600 ösophagoskopisch untersuchten Fällen gegründete Uebersicht; 950 (59 pCt.) der Fälle waren Krebs. Die Erkrankung be-

traf Männer 11 mal so oft wie Weiber. Der jüngste Patient war 14, der älteste 80 Jahre; die Mehrzahl war zwischen 50 und 60 Jahren. In 55 pCt. der Fälle war das mittlere Drittel des Oesophagus befallen.

Das erste Symptom, das für Krebs der Speiseröhre fast pathognomonisch ist, ist Schwierigkeit beim Schlucken ohne Schmerzen; zuerst können Fleisch und Brot nicht geschluckt werden, dann halbflüssige Speisen, schliesslich auch nicht Flüssigkeiten. Um die Schwierigkeit zu überwinden, kaut Pat. sehr sorgfältig den Bissen und speichelt ihn ein; in manchen Fällen resultiert eine Hypertrophie der Speicheldrüsen, so dass ein Aussehen wie bei Mumps entsteht. Schmerzen sind ein seltenes Symptom; sie entstehen durch Ausdehnung auf die Interkostalnerven und werden gewöhnlich zwischen den Schulterblättern verspürt. Da der Tumor gewöhnlich seitlich sitzt, so ist Dilatation nicht gewöhnlich. Fortschreitender Kräfteverfall ist auf die Beeinträchtigung der Ernährung zurückzuführen; „Krebskachexie" wird nicht beobachtet. Kräfteverfall und Anämie werden schnell durch Gastrotomie behoben. Hämatemesis ist selten, dagegen sind kleine Blutstreifen im Auswurf charakteristisch. Fötider Atem ist sehr häufig. Es besteht keine Neigung zu frühem Auftreten von Sekundärgeschwülsten und der Pat. erleidet den Hungertod, bevor die Erkrankung sich ausbreitet. Gelegentlich findet man latente Fälle, bei denen die Ulzeration eines grossen Gefässes das erste Warnungszeichen ist. Bei dem Krebs des oberen Speiseröhrenendes ist der Pharynx mitbeteiligt und es treten frühzeitig starke Schmerzen auf; am unteren Ende sind die Zeichen und Symptome dieselben wie beim Magenkrebs.

FINDER.

63) **Collet** (Lyon). **Radium und Speiseröhrenkrebs. (Radium et cancer oesophagien.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. Juli 1921.*

Verf. berichtet über zwei Fälle, in denen unter Leitung des Oesophagoskops eine Radium enthaltende Sonde eingeführt wurde und erhebliche Besserung erzielt wurde. Die Sonde kann 12—22 Stunden liegen bleiben. In beiden Fällen verschwanden die granulierenden Massen schnell.

FINDER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Oto-Laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 13. September 1918.

Vorsitzender: Prof. Gunnar Holmgren.

Agda Hofvendahl demonstriert einen Fall von kongenitalem zystischem Tumor im Kehlkopf.

Agda Hofvendahl: Demonstration eines Falles von Rhinitis atrophica („Ozaena"), bei dem die wahrscheinliche Ursache der Krankheit eine chronische Diphtherie war.

Sitzung vom 23. Oktober 1918.

Vorsitzender: Prof. Gunnar Holmgren.

Nur Otologisches (Vortrag von Dr. E. Ruttin aus Wien).

Sitzung vom 30. November 1918.

Vorsitzender: Prof. Gunnar Holmgren.

Hakan Nordlund: Etwas über Tonsillektomie bei rheumatischen Krankheiten.

V. Nasiell berichtet über einen Fall von akutem Gelenkrheumatismus im Larynx mit Demonstration des geheilten Patienten.

Halvor Bjorkman: Ueber fibrinöse Laryngo-Tracheo-Bronchitis als Komplikation der „spanischen Krankheit".

Vortr. hatte Gelegenheit, einen Fall von dieser Krankheit, der später zur Sektion kam, sowie die Krankengeschichte zweier anderer solcher Fälle, die auch starben, zu studieren. Der Vortrag ist mit vollständigen Kranken- und Sektionsberichten über die 3 Fälle nebst einer kurzen Literaturübersicht versehen.

Diskussion: Syk, Holmgren.

V. Nasiell demonstriert eine von ihm konstruierte Zange zu endonasaler Trepanation des Sinus maxillaris.

Sitzung vom 31. Januar 1919.

Vorsitzender: Prof. Gunnar Holmgren.

Daniel Rudbery: Ueber Radiumbehandlung des Kehlkopfpapilloms.

Nach einer Literaturübersicht berichtet Vortr. über zwei von ihm auf diese Weise behandelte Fälle. Erstens handelte es sich um einen $1^1/_2$jährigen Knaben. der vielmals teils durch endo- und extralaryngeale — nach Laryngofissur — Eingriffe, teils mit tiefer Röntgenbestrahlung wegen eines typischen Kehlkopfpapilloms ohne Erfolg behandelt war; Versuche mit Radium wurden jetzt gemacht. Die erste dreistündige Bestrahlung scheint die Neubildung gereizt und vergrössert zu haben; obwohl zwei neue Behandlungen — je während 6 Stunden — ein Verschwinden des Papilloms verursachten, konnte doch eine bedeutende lokale Reizung mit Schluckbeschwerden nach der Behandlung konstatiert werden: der Patient erlag einer putriden Bronchitis.

Der zweite Fall war ein 52jähriger Mann, bei dem ein malignes degeneriertes Papillom im Larynx diagnostiziert wurde; bei ihm scheint die kombinierte Behandlung mit endolaryngealem Eingriff und Radiumbestrahlung einen guten Erfolg gehabt zu haben, da keine Reste von der Neubildung nachher entdeckt werden konnten.

Sitzung vom 28. Februar 1919.

Vorsitzender: Prof. Gunnar Holmgren.

Nils Arnoldson: Fall von Karzinom im Hypopharynx.

Ein 34jähriger Mann, der vorher mit Salvarsan wegen Lues behandelt war, klagte über Heiserkeit und Schluckschmerzen; bei der Untersuchung wurde eine

grosse Wunde mit infiltrierten und tumorähnlichen Rändern im rechten Sinus pyriformis konstatiert. Probeexzision zeigte Plattenepithelkarzinom. Versuchsweise wurde der Patient mit tiefen Röntgenbestrahlungen behandelt, die unmittelbar eine kolossale lokale Reizung mit enormen sowohl spontanen wie Schluckschmerzen mit sich führte. Nach kurzer Zeit erlag er einer Pneumonie.

Sitzung vom 28. März 1919.

Vorsitzender: Prof. Gunnar Holmgren.

Gunnar Holmgren: Kasuistische Mitteilungen.

a) Fall von Corpus alienum im Oesophagus mit Infektion der Schleimhaut und akuter Stenosierung der Schlundröhre.

b) Fall von Rhinolithiasis, bei dem der Kern von einem Wattetampon gebildet war.

E. Stangenberg.

---

b) Scottish Otological and Laryngological Society.

Sitzung vom 14. Juni 1919.

Vorsitzender: Walker Downie.

Logan Turner: Die Verhütung chronischer Ohrerkrankungen.

W. T. Gardiner: Epistaxis infolge Anwesenheit von Blutegeln in der Nase.

G. berichtet über zwei von ihm bei Soldaten in Palästina beobachtete Fälle.

Logan Turner: Amyotrophische Lateralsklerose mit bulbärer Beteiligung.

46jährige Frau mit herabgesetzter Beweglichkeit der rechten Gaumensegelhälfte und beider Stimmlippen und verminderter Empfindung der Rachenschleimhaut.

J. S. Fraser: Vier Fälle von Epitheliom des Kehlkopfes.

Drei Fälle von Krebs der einen Stimmlippe, mittels Laryngofissur behandelt; in einem Fall trat Rezidiv ein, so dass Laryngektomie notwendig wurde. Vierter Fall: 60 jährige Frau mit ausgedehntem Karzinom; Laryngektomie, kein Rezidiv nach 2 Jahren.

J. S. Fraser: Akute Infektion der Nasennebenhöhlen mit Pachymeningitis interna haemorrhagica.

55jähriger Mann, der akute Stirnhöhlenentzündung gehabt hatte, worauf sich später heftiger Kopfschmerz, Benommenheit und gelegentliches Erbrechen einstellte. Nach Entfernung der Hinterwand der rechten Stirnhöhle wurde eine intensiv blaue Dura mater freigelegt und bei Punktion wurden 5 ccm Blut aspiriert. Heilung.

J. S. Fraser: 1. Bösartige Erkrankung des Mittel- und äusseren Ohres.

2. Epitheliom des äusseren Gehörganges.

3. Orbitalkomplikation einer Siebbeineiterung und Mukozele Siebbeins.

Erster Fall: 10jähriges Mädchen mit Fistelöffnung über dem linken inn Augenwinkel, welche mit den Siebbeinzellen kommunizierte; mittels intrana Drainage geheilt. Zweiter Fall: 21jährige Frau; vor 4 Jahren Verletzung, Muk des Siebbeins, die intranasal eröffnet wurde.

J. D. Lithgow: 17jähriger Mann. Pleuritische Verdickung an der li Spitze; als Pat. zuerst untersucht wurde, lag nur eine Abduktorparese vor.

Sitzung vom 18. Dezember 1919.

Vorsitzender: W. V. Gardiner.

Mathers: Trachealstenose nach Schussverletzung.

21jähriger Mann. Das Geschoss ging durch den Hals am unteren Rand Schildknorpels; es wurde die Tracheotomie nötig; ein Versuch der Erweite mittels einer T-Kanüle war ohne Erfolg.

W. S. Syme: 1. Drei Fälle von Plattenepithelkrebs des Kehlkop

2. Maligne Parotismischgeschwulst des Gaumens.

50jährige Frau. Ein abgekapselter Tumor, der sich auf den weichen Gau erstreckte; der ausgeschälte Tumor enthielt keinen Knorpel. Kein Rezidiv.

3. Karzinom des Nasenrachenraumes.

Der Fall betraf eine 20jährige Frau; sie war bei ihrer Arbeit der stänc Einatmung von Naphtadämpfen ausgesetzt.

James Adam: 1. Maligne (?) Geschwulst des Hypopharynx.

51jährige Frau. War während 6 Jahre wiederholt mit Radium, Kaustik Diathermie behandelt; die Geschwulst rezidiviert jedoch immer wieder. Die samtdauer der Erkrankung beträgt 13 Jahre.

2. Zwei Patienten mit Menièreschem Symptom.

3. Eine Reihe von Fällen zur Illustration der Behauptung, d atrophische Rhinitis das Endstadium eines hyperplastischen P zesses darstellt und nicht auf spezifische Mikroorganismen zurü zuführen ist.

Die hauptsächlichen Momente in den Fällen waren die Häufigkeit e gleichzeitigen Nebenhöhleneiterung und die starke Verdickung der Knochenwä der Antra. Weder der Perezsche noch der Kochsche Bazillus wurden in ei der Fälle gefunden.

J. L. Howie: Zerebrospinalrhinorrhoe.

42jährige Frau. Profuser wässriger Ausfluss aus der rechten Nase, Kopfschmerzen und Schwindel vorausgeht. Kontinuierliches Tropfen, das beträchtliche Perioden Tag und Nacht andauert. Keine objektiven Anzeichen e organischen oder funktionellen Nervenerkrankung.

A. Brown-Kelly: Pemphigus der Mundhöhle und des Pharynx.

Es wurden nur gelegentlich Blasen gesehen, gewöhnlich nur unregelmäss weisse Flecken auf der Schleimhaut. Die Augen wurden ebenfalls affiziert

Pat. ist jetzt blind. Die Nasenlöcher sind verschlossen. Dauer der Erkrankung 5 Jahre.

Sitzung vom 12. Juni 1920.

Vorsitzender: W. T. Gardiner.

A. Logan Turner: 1. Fall von Thrombose des Sinus cavernosus und Meningitis höchstwahrscheinlich nach Eiterung im linken Tränensack.

19jährige Frau, Schwester in einem Fieberhospital, erkrankte unter den Zeichen einer leichten Erkältung mit Kopfschmerz und Temperatursteigerung. Es trat eine Schwellung an der linken Wange auf entsprechend einer Stelle über dem Tränensack; Oedem beider Augenlider; Vortreibung des linken Augapfels; Chemosis der unteren Hälfte der Konjunktiva; die Pupille war verengt und unbeweglich, die Bewegungen des Augapfels beschränkt, es bestand keine Neuritis optica, jedoch waren die Venen dilatiert. Punktion der linken Kieferhöhle ergab negatives Resultat, ebenso wurde in der Orbita kein Eiter gefunden; die Siebbeinzellen wurden eröffnet, aber auch hier fand sich kein Eiter. Bei einer oberflächlichen Untersuchung in der Nähe des Tränensackes ergaben sich ein paar Tropfen Eiter. Die Zerebrospinalflüssigkeit war trübe, Vermehrung der Polymorphen, zahlreiche Bazillen. Exitus. Autopsie: Thrombose des Sinus cavernosus; Meningitis; alle Nebenhöhlen gesund.

2. Zwei Patienten mit Sarkom der oberen Luftwege mit Radium behandelt.

35jähriger Mann mit Sarkom der rechten Tonsillarregion, der seitlichen Rachenwand und des Zungengrundes, und eine 29jährige Frau mit Sarkom des Nasenrachenraumes. In beiden Fällen verschwand der Tumor schnell nach Einlegung eines Radiumröhrchens in das Tumorgewebe.

W. T. Gardiner: 1. Geschlossenes linksseitiges Siebbeinempyem mit Dislokation des Bulbus.

7jähriger Knabe. Vor 14 Tagen heftige Erkältung: Schwellung über dem inneren Augenwinkel, Oedem der Augenlider und Dislokation des Bulbus nach aussen und unten. Die ödematöse mittlere Muschel wurde entfernt und die Siebbeinzellen eröffnet, der Eiter entleert. Aus der linken Kieferhöhle wurde zäher Schleim ausgespült.

2. Fixation der linken Stimmlippe und extreme Beweglichkeit des linken Aryknorpels.

19jährige Frau klagt über Heiserkeit seit 14 Tagen infolge Erkältung. Bei der Phonation verdeckt der linke Aryknorpel, der den rechten nach vorn überkreuzt, die linke Stimmlippe. Seit früher Kindheit ist die Stimme etwas rauh. Wassermann und Brustuntersuchung negativ.

3. Maligne Erkrankung von Nase und Nasenrachenraum.

60jährige Frau; eine unregelmässige Geschwulstmasse nimmt das Nasenrachengewölbe ein, sie geht augenscheinlich von der Keilbeinbasis aus und geht auf den hinteren oberen Teil des knöchernen Septums über. Es wurde ein Stück zwecks mikroskopischer Untersuchung entfernt; darauf entstand ein Erysipel und

der Tumor verschwand. Die Untersuchung ergab malignen Charakter der Neubildung.

J. Malcolm Farquharson: Drei Fälle von Thrombose des Sinus sigmoideus.

E. P. Mathers: Epitheliom der rechten Stimmlippe.

Laryngofissur. Kein Rezidiv nach 4 Jahren.

J. S. Fraser: 1. Zwei Fälle von Karzinom des Kehlkopfinnern.

In beiden Fällen wurde Laryngofissur gemacht; der eine rezidivfrei ein Jahr nach der Operation, der andere starb einen Monat darauf infolge Hirnblutung.

2. Zwei Fälle von Nebenhöhleneiterung mit tödlicher Komplikation.

a) 30jähriger Mann; verschiedentlich an Nasenpolypen operiert; Eiter in beiden Nasenhöhlen. Röntgenaufnahme zeigte mehrere Höhlen verschleiert. Um besseren Zugang zu schaffen submuköse Septumresektion; Entfernung der mittleren Muscheln; beide Keilbeinhöhlen wurden eröffnet. Operation eines rechtsseitigen Pleuraempyems. Hektische Temperaturen; Delirium; Exitus.

Sektionsbefund: Blutleiter des Gehirns gesund, Kongestion der inneren Organe; allgemeine Blutinfektion.

b) 45 jähriger Mann. Nach einer akuten Rhinitis Schwellung des oberen inneren Winkels der linken Orbita und im Anschluss daran charakteristische Anzeichen für eine Thrombose des Sinus cavernosus. Kein Eiter in der Nase. Intranasale Operation an den linken Siebbeinzellen mit negativem Resultat. Aeussere Operation an der linken Stirnhöhle und Orbitalhöhle, jedoch wurde auch hier kein Eiter gefunden. Ausgesprochene Besserung des lokalen Befundes. Der Zustand rechtfertigte eine Exploration der vorderen Schädelhöhle. Es fand sich weder ein extra- oder subduraler Abszess, noch ein Abszess im Stirnlappen. Die Sektion bestätigte die Diagnose auf Thrombose des Sinus cavernosus mit Eiterung in der linken Keilbein- und Kieferhöhle; leichte Basalmeningitis.

Sitzung vom 11. Dezember 1920.

Vorsitzender: A. A. Gray.

W. S. Syme: 1. Gaumensegellähmung nach nichtdiphtherischer Angina.

17jährige Patientin; keine Albuminurie; Untersuchung auf Diphtherie negativ, es wurden nur Strepto- und Staphylokokken gefunden. Später Gaumensegellähmung und Sehstörung; es wurden jedoch nach wie vor keine Diphtheriebazillen gefunden.

2. Linksseitige Kieferhöhlenerkrankung verbunden mit heftiger Trigeminusneuralgie und starker Knochenzunahme in der äusseren Kieferhöhlenwand und in der Malarregion.

60jährige Frau. Linksseitige Trigeminusneuralgie seit 10 Jahren. Resektion des Infraorbitalnerven, Alkoholinjektionen, Resektion des Ganglion Gasseri brachte nur vorübergehende Besserung. Als S. den Pat. zuerst sah, fand er beide Kieferhöhlen erkrankt. Vor einem Monat beiderseitige Radikaloperation; seit der Operation ist Pat. von seinen Schmerzen befreit.

3. Klonische Spasmen des Gaumensegels.

24jährige Frau, bei der nach heftigem Schreck die Gaumensegelkrämpfe auftraten. Der weiche Gaumen kontrahiert sich krampfhaft und regelmässig 168 mal in der Minute; ein tickendes Geräusch ist für die Patienten hörbar und ein lautes Dröhnen hört man durch das Auskultationsrohr. Keine sonstigen Anzeichen einer Nervenerkrankung.

John L. Howie: Epiglottiszyste.

14jähriges Mädchen; die Zyste sitzt auf der rechten oberen Fläche der Epiglottis.

James Donald: Fall von pulsierendem Gefäss im Pharynx.

A. Brown Kelly: 1. Nystagmus des Pharynx und Larynx.

Die hintere Pharynxwand wird nach links gezogen, während der linke hintere Gaumenbogen und die linke seitliche Pharynxwand nach rechts gezogen werden, so dass die beiden Bewegungen konvergieren; Zuckungen der Uvula und des unteren Teiles der linken Gaumensegelhälfte nach oben. Die linke Stimmlippe wird während der Exspiration durch sechs leichte Zuckungen nach der Mittellinie bewegt; die nystagmoiden Bewegungen im Pharynx und Larynx sind synchron und betragen 115 in der Minute, während der Puls 76 beträgt.

2. Hypersekretion der linken Gaumensegelhälfte in Verbindung mit Parese und Hypästhesie des Gesichts und Gaumens auf derselben Seite.

28jähriger Mann hatte Influenza und Pneumonie und nachher Abszess in der linken Parotisregion. Auf Inzision folgte linksseitige Fazialisparese und linksseitige Ertaubung. Der grössere Teil der linken Gesichts- und Gaumensegelhälfte war paretisch und hypästhetisch; die linke Gaumenhälfte produzierte grosse Tropfen Sekret. Später zeigte sich bei dem Patienten auch Schwitzen auf der linken Wange; die Paresen sind fast verschwunden, aber das örtliche Schwitzen besteht noch.

Sitzung vom 11. Juni 1921.

Vorsitzender: Henry Peterkin.

J. M'Bride: Fall von Aphonie mit spastischem Element.

66jähriger Mann, war aphonisch, ausser wenn er eine nach vorn gebeugte Stellung einnahm. Die Heilung vollzog sich folgendermassen: Als Patient einmal seine Schuhbänder band, wobei er den Fuss auf einen Stuhl gestellt hatte, glitt er aus, fiel und fluchte. Damit entdeckte er, dass er auch in anderer Stellung sprechen konnte.

A. Logan Turner und Professor J. A. Ashworth: Rhinosporidium Kinealyi.

31jähriger Medizinstudierender, aus Indien gebürtig, leidet seit 12 Jahren an linksseitiger Nasenverstopfung mit reichlicher zäher Sekretion und gelegentlicher Blutung; das kranke Gewebe hatte ein rosafarbenes Aussehen, mit gelblich-weissen Punkten besät, war sehr brüchig und blutete leicht. Prof. A. demonstrierte die Sporen in verschiedenen Stadien der Entwicklung.

A. Logan Turner und W. R. Logan: Ein Fall von Hefepilzerkrankung des Pharynx.

65jährige Frau leidet seit einem Jahr an Gefühl von Unbehagen im Hals; sonstiger Gesundheitszustand gut. Die Hinterwand des Rachens war bedeckt mit einem dicken, zähen, filzigen Belag, der sich bis in den Kehlkopfeingang erstreckte; die darunter liegende Schleimhaut war etwas verdickt; zweimalige mikroskopische Untersuchung ergab jedoch nur entzündliche Veränderungen. Wassermann negativ; keine Angina Vincenti oder Aktinomykose; Kulturverfahren ergab eine grosse Anzahl von Hefeorganismen. Subkutane Injektion bei einer Maus führte in einem Monat zum Tode mit ähnlicher Auflagerung von Hefeorganismen im linken Nierenbecken. Logan will weitere Untersuchungen anstellen.

A. Logan Turner: Osteom der linken Stirnhöhle.

35jähriger Mann, bei dem seit 7 Jahren allmählich zunehmende Dislokation des linken Augapfels nach vorn, unten und aussen sich geltend macht; schmerzloser Verlauf; keine Beschwerden in der Nase. Röntgenaufnahme ergibt tiefen Schatten in der linken Stirnhöhlengegend. Die Operation ergab, dass die Höhle fast völlig ausgefüllt war von einer Knochengeschwulst.

T. Ritchie Rodger: 1. Zyste des linken Ventriculus Morgagni.

67jähriger Mann, seit 4 Jahren heiser; keine Dyspnoe; runde, graue, bohnengrosse Schwellung mit kleinen Gefässen, die von der Schleimhaut zwischen wahrem und falschem Stimmband ausging und bei der Phonation der vorderen Hälfte der Stimmlippen auflag. Bei der Entfernung der Zyste platzte diese; sie enthielt einen gelben zähen Schleim. Ein Jahr später normaler Sprech- und normaler Larynxbefund.

2. Röntgenaufnahme eines Falles von Leontiasis ossea.

50jährige Frau; eine Vergrösserung der Gesichtsknochen begann, als sie 8 Jahre alt war; jetzt besteht äussere Deformität, komplette Nasenverstopfung, faulig riechende Absonderung aus der Nase und in die Mundhöhle; eine Zahl von Rhinolithen und Verdickung der Knochen.

Douglas Guthrie: Kragenknopf im Oesophagus eines 9 Monate alten Kindes als Ursache von Osteomyelitis der Wirbelsäule und Tod.

Das Kind war 6 Wochen lang in ärztlicher Behandlung gewesen; in der Anamnese keine Angaben über Verschlucken eines Fremdkörpers, keine Schluckbeschwerden. Röntgenaufnahme zeigte dichten Schatten nahe der Bifurkation. Plötzlicher Exitus. Sektion ergab die Kragenknopfplatte im Oesophagus, während der Kopf des Knopfes die Schleimhaut durchbohrt hatte und in eine Abszesshöhle hineinragte, die den Körper des dritten Rückenwirbels einnahm.

(Journal of Laryngology.)

c) Oto-Laryngologischer Verein in Kristiania.

Sitzung vom 3. Februar 1921.

Vorsitzender: Uchermann.

Schriftführer: Maartmann-Moe.

Höston: Phlebitis des Sinus cavernosus. Meningitis.

Maartmann-Moe führte einen Fall von Otitis media suppurativa chronica cum cholesteatomate (mastoiditide) et sinusphlebitide vor.

Maartmann-Moe besprach 2 Fälle von Fremdkörpern in der Lunge, die zu entfernen nicht gelungen war.

In beiden Fällen wurde die untere Tracheotomie gemacht. In dem einen Fall, einem $1^{1}/_{2}$jährigen Knaben, bestand der Fremdkörper aus einem Nusskern, in dem anderen, einem 5jährigen Mädchen, aus einer Stecknadel. Die erste Untersuchung ergab in beiden Fällen keine Befunde, bei der späteren Untersuchung hatten die Fremdkörper den Platz gewechselt und waren in den anderen (linken) Bronchus gewandert. Der Nusskern veranlasste infolgedessen Dyspnoe mit Zyanose und Tod, die Stecknadel war so weit in die Lunge hinabgedrungen, dass sie nicht mehr zu erreichen war. Es entwickelten sich Dämpfung und Blasen mit Fieber und der Andeutung eines Pneumothorax, was sich jedoch nach 8 Tagen wieder zurückbildete. Sie kehrte heim und befindet sich trotz der Nadel zur Zeit wohl.

Im ersten Falle war leider der Anamnese, die recht deutlich war, nicht die gebührende Aufmerksamkeit gewidmet worden. Das Kind hatte mit Nüssen, geknackten und ungeknackten, gespielt, es wurde aber nur an Nussschalen gedacht. Auf jeden Fall hätte mein Kinderlöffel eingeführt werden müssen, wodurch der Fremdkörper sofort entdeckt und entfernt worden wäre. Im zweiten Falle, wo der Fremdkörper nicht zu sehen war, hätte man es mit Jacksons Elektroskop versuchen müssen. Die Röntgenuntersuchung ergab natürlich keinen Fremdkörper und auch keine Atelektase des betreffenden Lungenlappens mit Emporziehung sowie verringerte Beweglichkeit des Diaphragmas und Verschiebung des Herzens zur kranken Seite hin.

Leegaard machte auf die Beobachtung Jacksons aufmerksam, derzufolge der Fremdkörper wie ein Block wirken und die emphysematöse Erweiterung der darunterliegenden Lungenpartie hervorrufen könne, die hier heller aussicht als auf der gesunden Seite.

Leegaard besprach einen Fall von Lupus membranae tympani.

Galtung.

---

d) Laryngological Section Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 4. Februar 1921.

Vorsitzender: W. Jobson Horne.

Jobson Horne: Tumoren der Ventrikel und der Taschenlippen des Kehlkopfes; Demonstration mittels Epidiaskops.

Die Demonstration beschränkte sich auf die gutartigen Geschwülste und Granulome und auf eigene Fälle und Präparate des Redners.

Die Bezeichnung Ventrikel wurde gebraucht, um den Sacculus laryngis einzuschliessen oder die Teile, die als Ueberbleibsel dieses Gebildes bei Anthropoiden und anderen Affen aufzufassen sind.

1. Eversion, Prolaps oder Hernie der Ventrikelschleimhaut. Es wird ein Präparat demonstriert, in welchem der linke Schildknorpelflügel in eine gummöse Nekrose einbezogen ist; dies hat zu Ablösung, Prolaps und Eversion der Ventrikelschleimhaut geführt. 2. Solider gestielter Tumor, der von dem Dach des Ventrikels entspringt. 3. Pseudo-zystische Tumoren ausgehend von dem Dach des Ventrikels. 4. Wahres Zystom des Ventrikels, kongenital, selten.

Granulome. Syphilis und Tuberkulose an sich tragen nicht zur Entstehung von Prolaps des Ventrikels oder von Tumoren in diesem bei. Ein ausgesprochenes Gummi des Taschenbandes kann Schwierigkeiten in der Differenzierung der Teile und in der Diagnose machen.

Lipomatose. Eine Vergrösserung oder Schwellung der Taschenlippe infolge einer erheblichen und umschriebenen Vermehrung der Fettzellen und zu einer Lipomatosis oder fettigen Degeneration des Gebildes führend.

Irwin Moore: Epidiaskopdemonstration zweier authentischer Präparate von Eversion des Sacculus laryngis.

1. Präparat aus dem Museum von Guyshospital, von Walter Moxon als Eversion des Sacculus laryngis bezeichnet. Man sieht einen gestielten Tumor von halbepileptischer Gestalt, der von der vorderen Hälfte der Ventrikelöffnung hervorgeht und auf der Stimmlippe liegt. Moxon stellte fest, dass der Tumor leicht in die normale Lage des Sakkulus zurückgebracht werden konnte, d. h., dass er invertiert und hinter die Taschenlippe zurückgebracht werden konnte, um dann aber leicht wieder in die vorige Lage zurückzufallen und wieder im Larynx sichtbar zu werden. Es wurde jetzt ein Stück von dem linken Schildknorpelflügel reseziert und konstatiert, dass Moxons Ansicht, es handelte sich um eine wirkliche Eversion des Sacculus laryngis, richtig war.

2. Präparat aus dem Hospital for diseases of the throat, Golden Square, von Morell Mackenzie als Eversion des Ventrikels bezeichnet.

Mackenzie entfernte ein Stück vom Schildknorpel und fand, dass der Sakkulus auf der linken Seite fehlte und dass der in das Lumen des Kehlkopfes vorragende Sack invertiert und in seine normale Lage zurückgebracht werden konnte. Er behauptet, dass der „linke Ventriculus Morgagni“ völlig evertiert war und der rechte Sakkulus aus dem Orifizium des Ventrikels herausragte. Neuerliche Untersuchung des Präparats zeigt aber, dass kein Prolaps des Ventrikels vorhanden ist und dass der Tumor aus dem evertierten Sacculus laryngis besteht.

Es ist notwendig, zwischen Eversion des Sacculus laryngis und Eversion des Ventrikels zu unterscheiden; Redner bestreitet, dass es so etwas, wie einen Prolaps des Ventrikels gebe. Der einzige Weg, auf welchem eine Eversion des Ventrikels zustande kommen kann, bestehe entweder darin, dass ein Tumor, der hinter dem Ventrikel oder in seiner Wand sitzt, diesen nach innen in die Kehlkopfhöhle hineindrängt oder zieht oder aber dass sie das sekundäre oder Endstadium einer Eversion des Sakkulus bildet.

W. Norman Patterson: Verwachsungen zwischen Zungenrücken und hinterer Rachenwand.

22jähriger Mann, seit dem 9. Lebensjahr an Lupus behandelt. Dyspnoe bei Anstrengung; Dysphagie bei harten Speisen. Zahlreiche Narbenstränge ziehen von der Rachenwand, den Rändern des Gaumensegels und den hinteren Gaumenbögen zu der Zungenbasis; es bleibt nur eine enge Kommunikation zwischen Mundhöhle und Hypopharynx. Wassermann negativ.

A. L. Macleod: Zwei Fälle von tödlich verlaufener Tonsillektomie.

1. 10jähriges Mädchen. Vergrösserte Tonsillen und Adenoide. Narkose, Chloroform-Aether 1 : 2; 7 Stunden nach der Operation Erbrechen von hellem Blut, 2 Stunden später Vernähung der Gaumenbögen. Danach befand sich das Kind gut, verlangte bald Nahrung. Um 3 Uhr morgens — 18 Stunden nach der Operation — plötzlich Exitus. Keine Autopsie. Auf dem Totenschein als Todesursache: „Lungenembolie." Der totale Blutverlust war nicht erheblich gewesen.

2. 6jähriges Mädchen; vergrösserte Tonsillen und Adenoide. Operation $^{1}/_{2}$11 Uhr vormittags; Narkose mit Chloroform-Aether 1 : 2. Um $^{1}/_{2}$1 Uhr Blutung, Erbrechen. Um 1 Uhr Untersuchung in Narkose. Es findet sich ein Gerinnsel in der linken Fossa tonsillaris; die linken Gaumenbögen werden vernäht, der Nasenrachen tamponiert. Pat. kommt nicht wieder zum Bewusstsein, plötzlicher Exitus um 5 Uhr nachmittags. Es hatte nicht mehr geblutet. Bei der Autopsie zeigten sich die Gewebe blass, jedoch nicht in übermässigem Grade. Keine Gerinnsel im Magen. Thymus etwas vergrössert; einige vergrösserte Mesenterialdrüsen. Die Organe im übrigen normal.

Redner stellt die Frage: War der Tod in diesen Fällen verursacht durch die Narkose, durch Lungenembolie oder durch Spasmus laryngis, welchen Anteil daran hatte die Blutung?

Die Diskussion ergab sehr wenig zur Aufklärung dieser Punkte.

Herbert Tilley: Grosses Angiom der Nasenscheidewand.

42jährige Frau mit grosser fungöser, faulig riechender Geschwulstmasse, die aus dem rechten Nasenloch hervorragte und mit semi-fluktuierender Schwellung über der rechten Seite der Nase. Es fand sich, dass die Geschwulst gestielt der rechten Seite der knorpligen Scheidewand aufsass und sich nach oben und hinten bis zur Ethmoidalregion erstreckte.

Die Pathologen waren im Zweifel, ob es sich um ein Angiom oder melanotisches Sarkom handelte, neigten aber mehr zu der ersten Ansicht.

W. H. Jewell: Weiches Fibrom des Kehlkopfes.

57jähriger Mann. Seit 6 Monaten Heiserkeit; er hustete vor 5 Monaten „ein Stück Fleisch" aus von der Grösse einer Haselnuss, worauf er 3 Wochen lang Erleichterung hatte, dann aber wieder heiser wurde. Fortschreitende Atembehinderung und Husten. Beim Nachhintenneigen des Kopfes sah man einen glatten, weichen halbwallnussgrossen Tumor, der von unterhalb der Epiglottis nach hinten ging und die ganze Glottis mit Ausnahme eines engen Spaltes im hinteren Teil der Stimmlippen verdeckte.

Cyril Horsford: Fremdkörper (Centipede) in der Nase.

Der Pat. leidet an chronischer Oberkieferhöhleneiterung und ist desweg zweimal operiert worden. Es besteht eine grosse intranasale Oeffnung, d welche die Höhle regelmässig ausgespült wird; jedoch lässt die Absonder nicht nach. Nach mehrtägigen Schmerzen wurde der demonstrierte Fremdkö ausgeschnaubt, der wie eine Raupe aussieht; es ist ein lebender Littobius lanops. Es sind 17 Fälle berichtet, in denen solche Tiere in den Nasenhöh gefunden wurden.

Philip Franklin: Doppelseitige Abduktorlähmung.

65jähriger Mann. Die Affektion wurde zuerst vor 5 Jahren bemerkt. Ke anderen Symptome. Wassermann negativ. Ausstrich aus dem Nasenrachenra ergab: Staphylococcus aureus und Micrococcus catarrhalis. F. hält eine Infek vom Nasenrachenraum für wahrscheinlich.

Sitzung vom 4. März 1921.

Vorsitzender: W. Jobson Horne.

Jobson Horne: Zystome des Kehlkopfes.

Unter diesem Namen sind verschiedene Zustände bezeichnet worden. zwar klinisch einander ähnlich, aber pathologisch nicht identisch sind. Dies klärt die abweichenden Ansichten über ihre Häufigkeit.

Morell Mackenzie sah die zystischen Geschwülste des Kehlkopfes verhältnismässig selten an, wogegen Moure — nach einem Zitat von Boswor — die Zystome als die häufigsten gutartigen Tumoren des Larynx mit Ausnah der Papillome ansieht.

Die Zahl, die H. selbst gesehen hat und die er aus den Verhandlung dieser Gesellschaft hat feststellen können, spricht für keine der beiden ob Ansichten. Es entsteht die Frage, was kann als Zystom des Kehlkopfes angese werden und welche Zustände können solche vortäuschen?

Die wahren Zysten des Kehlkopfes sind Retentionszysten und angebore Zysten; erstere kommen nur in den Teilen des Kehlkopfes vor, wo epithel Drüsen gefunden werden. Daher fanden sich Retentionszysten am häufigsten a der Epiglottis.

Kongenitale Zysten werden selten gesehen, insofern als sie innerhalb d Ventrikels vorkommen. Nahe der vorderen Kommissur wird das Dach des Ve trikels, d. h. die Taschenlippe verdünnt und durch diese hindurch kann e kongenitale Zyste sich vorstülpen.

Zystome können vorgetäuscht werden — Pseudozystome — durch Polyp und sonstige Geschwülste, bei denen zystische Degeneration eingetreten ist, fer durch Eversion des Sacculus laryngis — gewöhnlich Prolaps des Ventrikels g nannt — und zirkumskriptes Oedem der Arygegend.

Somerville Hastings: Zwei Fälle von Verlegung des Oesophag durch einen als Kugelventil wirkenden Fremdkörper.

Fall 1. 30jährige Frau, wurde September 1907 nach heftigem Erbrech unfähig, feste oder flüssige Sachen zu schlucken. Nach Bismuthbreimahl

zeigte sich eine Verengerung des Oesophagus etwas oberhalb Herzhöhe mit ausgesprochener Dilatation darüber. Es wurde Diagnose auf maligne Erkrankung gestellt. Nach 2 Jahren trat Besserung der Schluckfähigkeit ein; sie hatte bereits vor 8 Jahren an einem ähnlichen Zustand gelitten, der sich nach 6 Wochen besserte. Im September 1920 traten die Störungen von neuem auf. Als sie sich im November zur Untersuchung vorstellte, wurde ein Oesophagoskop eingeführt und es wurde ein Kirschkern gefunden, der wie ein Kugelventil auf einer glatten fibrösen Striktur des Oesophagus lag, deren Lumen nicht gross genug war, um den Fremdkörper hindurch zu lassen. Der Oesophagus darüber war sehr dilatiert. Nach Entfernung des Kirschkerns wurde das Schlucken sofort normal.

Fall 2. 52jährige Frau, litt gelegentlich an Schwierigkeiten beim Schlucken, die sie aber immer durch Manipulationen aussen am Halse behob. Eines Tages ass sie ein Gericht, in dem ziemlich harte Erbsen enthalten waren; dabei trat plötzlich eine Verlegung der Speisewege ein und sie war nicht mehr imstande, flüssige oder feste Nahrung zu sich zu nehmen. Eine ösophagoskopische Untersuchung zeigte eine Erbse über einer rundlichen Verengerung, durch welche sie nicht passieren konnte. Nach Entfernung hörten alle Störungen auf.

Sir James Dundas-Grant: 1. Fall von Neubildung im linken Bronchus.

Mann in mittleren Jahren mit Husten und Atemnot seit 12 Monaten. Larynx normal; Untersuchung auf Tuberkelbazillen negativ. Direkte Bronchoskopie zeigte im linken Bronchus eine blasse, sich hin und her bewegende Geschwulst; diese wurde mittels unterer Bronchoskopie entfernt. Zwei Jahre später trat wieder Stridor auf; bei direkter Bronchoskopie sah man eine glatte runde Geschwulst im linken Bronchus. Der Bronchus schien verengt. Es besteht die Absicht, wiederum nach Eröffnung der Trachea den Fremdkörper zu entfernen. Röntgenaufnahme zeigt sehr dichte Schatten an den Hilus, Lungen durchlässig. Mikroskopische Untersuchung wurde nicht gemacht.

2. Fall von Fixation der Stimmlippe nach geheilter Tuberkulose des Kehlkopfes.

Mann in mittleren Jahren; es besteht fast völlige Fixation der linken Stimmlippe ohne jede Infiltration der ary-epiglottischen Falte. Die Unbeweglichkeit ist wahrscheinlich mechanisch und durch narbige Veränderungen nach Tuberkulose bedingt.

W. H. Kelson: Bericht über einen Fall von Pharynxdivertikel bei einem 72jährigen Mann.

Es war von K. bei dem Patienten vor 7 Jahren ein grosses Divertikel des Pharynx entfernt worden. Es trat Nachlass aller Beschwerden ein, bis im Februar d. J. Patient mit Klagen über leichte Schluckbeschwerden kam. Oesophagoskopie zeigte eine ausgesprochene Dilatation an Stelle des früheren Divertikels; auf ihrem Grunde bestand eine ringförmige Verengerung. Röntgenaufnahme ergab das Bestehen einer malignen Erkrankung und die Autopsie zeigte an der Stelle, wo früher das Divertikel gesessen hatte, ein Karzinom.

W. M. Mollison: Fall von linksseitiger Glosso-palato-Vagus-lähmung.

35jährige Frau klagt über Halsschmerzen und Verlust der Stimme seit 2 Tagen. Die Zunge weicht beim Vorstrecken nach links ab, die linke Zungenhälfte ist weniger resistent; das Gaumensegel wird beim Phonieren nach links verzogen, linke Stimmlippe unbeweglich, linker Trapezius und Sterno-cleido schwach. Wassermann negativ.

George Badgerow: Zungenstruma.

Der Tumor verursacht bei der 23jährigen Patientin keinerlei subjektive Beschwerden.

C. F. Beevor: Doppelseitige Abduktorlähmung der Stimmlippen durch einfachen Kropf verursacht.

Es besteht immer Stridor, besonders aber bei Anstrengung.

(Nach Journal of Laryngology.)

III. Briefkasten.

Markus Hajeks 60. Geburtstag.

Am 25. November feierte Markus Hajek seinen 60. Geburtstag; aus diesem Anlass hat die Monatsschrift für Ohrenheilkunde eine Festschrift herausgegeben, zu der die Schüler Hajeks, fast alle namhaften österreichischen Laryngologen und zahlreiche Freunde des Jubilars Beiträge geliefert haben. Auch die Wiener med. Wochenschrift, in deren Spalten im Jahre 1858 Czermak seine ersten Mitteilungen über die Anwendung des Kehlkopfspiegels erscheinen liess, widmet dem Jubilar eine Festnummer rhino-oto-laryngologischen Inhalts.

Den Lesern dieses Blattes brauchen die grossen Verdienste, die sich Hajek um unsere Spezialwissenschaft erworben hat, wohl kaum noch einmal ins Gedächtnis gerufen zu werden. Jeder von uns kennt sein klassisches Buch über die Pathologie und Therapie der entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen. Durch dieses Buch wurde ein wichtiges, aber bis dahin arg vernachlässigtes Gebiet mit einem Schlag in den Vordergrund des rhinologischen Interesses gestellt.

Allen denen, die sich Hajek an seinem 60. Geburtstag mit dem Wunsche nahen, dass ihm seine bewundernswerte Frische und Elastizität, seine unvergleichliche Arbeitskraft, sein hinreissendes Temperament noch recht lange erhalten bleiben mögen, schliesst sich von Herzen die Redaktion dieses Centralblattes an.

F.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVII. Dezember 1921. No. 12.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,

am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.

Preis des XXXVII. Jahrgangs (Januar—Dezember 1921) **25 Mark.**

Berlin 1921.

Verlag von August Hirschwald.

NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVII. Berlin, Dezember. 1921. No. 12.

I. Referate.

a) Allgemeines; obere Luftwege; äusserer Hals.

1) **M. C. Escalada** (Buenos Aires). **Angeborene Halszysten. (Quistes congenitos del cuello.)** *Rev. Rioplatense de Otolaringologia. Anno I. No. 2.*

Verf. hat sich die auf embryologischen Gesichtspunkten fussende Einteilung der Halszysten in Dermoidzysten, thyreoideale und tonsilläre Zysten, zu denen noch die branchiogenen multilokulären Zysten hinzukommen, zu eigen gemacht. Am seltensten scheinen die tonsillären Zysten zu sein, die identisch sind mit den früher als dermo-mukoide oder gemischte Zysten bezeichneten. Verf. hat einen Fall beobachtet, von dem er eine genaue Beschreibung gibt. Histologisch sind diese Zysten vor allem gekennzeichnet dadurch, dass unter dem geschichteten Pflasterepithel eine Schicht lymphatischen Gewebes liegt; nach den Untersuchungen von Jordan in Deutschland und Pilliet in Frankreich haben diese Zysten einen entodermalen, pharyngealen Ursprung. — Die histologische Struktur der Tonsille beim Fötus ist anolog derjenigen der Zystenwand in diesen Fällen. Die Lage der Zysten entspricht der Stelle, von der die Tonsille ihren Ursprung nimmt, nämlich zwischen zweitem und drittem Kiemenbogen. FINDER.

2) **Bracht** und **Segura** (Buenos Aires). **Die Elektrolyse mit starken Strömen zur Behandlung von verschiedenartigen Tumoren. (La electrolisis con corriente de alta intensidad aplicada al tratamiento di tumores de distinta naturaleza.)** *Rev. Rioplatense de Otorinolaringologia. Anno I. No. 2. 1920/21.*

Während bei der gewöhnlich angewandten Elektrolyse die Stromstärke nicht über 10 Milliampère geht, haben Verff. zur Zerstörung von Tumoren mittels der bipolaren Elektrolyse unbedenklich Ströme von 100—500 Milliampère angewandt. Nach Erörterung der chemischen und physikalischen Wirkung, die derartige Ströme auf die Gewebe ausüben, gehen Verff. dazu über, die von ihnen so behandelten Fälle zu schildern; es handelte sich um einen ausgedehnten Lupus des Ohres, ein Epitheliom des Mundbodens, ein grosses Epitheliom der Unterlippe — der einzige Fall, der in allgemeiner Narkose behandelt wurde — ein Karzinom

des Mundrachens, ein Karzinom der Nasenhöhle. Als Elektroden benutzten solche aus Metall mit Glasüberzug, die sich leicht sterilisieren lassen, die N waren aus Platiniridium und 8 cm lang. Die Behandlung wurde in mel Sitzungen durchgeführt.

FIND

3) **Maier** (Stuttgart). **Ueber Trypaflavinwirkung bei Erkrankungen der und Rachenhöhle, besonders bei Soor.** *Münch. med. Wochenschr. 1 S. 1586. 1921.*

Verf. zieht das Trypaflavin nicht nur bei der Behandlung der Plaut-Vi schen Angina, sondern vor allem auch bei Soor der Mundschleimhaut anderen Mitteln vor. Er wendet es, speziell auch bei Säuglingen, mehrmals t in Form von Pinselungen mit $^1/_2$—1 proz. Lösung, gegebenen Falles au Spray und als Gurgelwasser an. Irgendwelche Schädigungen hat er nie ge

KC

4) **Karl Mayer** (Basel). **Zur Therapie der Kokainvergiftung.** *Schweiz Wochenschr. No. 33. 1921.*

Von klinischer Seite (Siebenmann) wurde beobachtet, dass Kokaini kationen seltener vorkommen, wenn zuvor eine Morphiuminjektion gemacht dies ist so zu erklären, dass durch Morphium die Schmerzempfindung z herabgesetzt wird, daher geringere Kokainmengen nötig sind, um periphere Sch losigkeit zu erzeugen und infolgedessen die toxische Dosis Kokain seltener er wird. Dagegen ergab sich aus den an Fröschen gemachten Versuchen des dass Morphium bei eingetretener Kokainvergiftung die toxische Wirkung no höht und daher kontraindiziert ist. Ferner wurde festgestellt, dass durch Kal chlorid die toxische Wirkung des Kokains abgeschwächt bzw. aufgehoben w

FIND

5) **A. Hofvendahl. Die Bekämpfung der Kokainvergiftung im Tierve** *Biochem. Zeitschr. Bd. 117. H. 1/2.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Wirkung einer sicher tödlichen Dosis Kokain kann durch ge krampfausschaltende Mittel aufgehoben werden.

2. Von den Schlafmitteln hat sich Natrium diaethylbarbituricum in de suchen dem Chloratum hydratum und Scopolaminum hydrobromicum bei v überlegen gezeigt, weil es die grösste therapeutische Wirkungsbreite hat.

3. Die Mittel wirken umso sicherer, je früher sie gegeben bzw. je sch sie resorbiert werden, daher kann bei schon eingetretenem Krampfstadiu intravenöse Injektion in Frage kommen.

FIND

b) Nase und Nasenrachenraum.

6) **Marx** (Heidelberg). **Ueber eine eigenartige Zyste im Naseneingang.** *Ze f. Ohrenheilk. Bd. 81. S. 205.*

Die vom Verf. operierte Lymphzyste ist insofern ein Unikum, als sie Sitz nicht im Naseninnern, sondern im Nasenflügel, lateral vom Knorpel, i Fettmuskelschicht hatte. Dadurch, dass sie nicht den Nasenflügel nach a

vorwölbte, sondern den Knorpel nach innen gegen die Scheidewand vordrängte, trat sie als ein Gebilde des Naseninnern in Erscheinung.

KOTZ.

7) **Carrère** und **Casejust** (Montpellier). **Anomalie des Tränen-Nasenkanals. (Anomalie du canal nasal.)** *Société anatomique. 24. Nov. 1921.*

Der Tränensack setzt sich in einen sehr kurzen und engen Kanal fort, der im unteren Teil des mittleren Nasenganges endet; dieser Kanal setzt sich in einen 1 cm langen und 2 mm breiten Gang fort, der blindsackförmig auf der äusseren Wand der Nasenhöhle endet. Im unteren Nasengang befindet sich nicht eine Spur einer Mündung des Tränennasenkanals. Es handelt sich um eine angeborene Missbildung.

FINDER.

8) **Chatin** (Lyon). **Koryza der Säuglinge; Behandlung durch die Tränenwege. (Coryza des nourrissons; traitement par les voies lacrymales.)** *Lyon méd. No. 19. 1921.*

Verf. wendet seit 10 Jahren folgende Methode mit Erfolg an: Er lässt mit einer Pipette 2—3 mal am Tage in den leichteren und öfters in den schweren Fällen in jedes Auge 10 proz. Argyrol einträufeln. Wie stark auch die Rhinitis sein mag, die Tränenwege lassen das Agyrol in die Nase hinabfliessen, was man daran sieht, dass das Nasensekret braun gefärbt wird.

FINDER.

9) **Griessmann** (Nürnberg). **Zur Behandlung der Ozäna.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 27. S. 849. 1921.*

Will man von den operativen Methoden und der noch keinesweg geklärten Vakzinetherapie absehen, so kommt es vor allem auf die Lösung und Entfernung der Borken an. Dies gelingt nach G. am besten durch Verdauungsfermente. Die Präparate werden von der Kaiser-Friedrich-Apotheke in Berlin hergestellt unter dem Namen Akrustin. Sie werden in Form von Nasenbädern, nicht Spülungen, nach Katzenstein täglich angewendet, ausserdem auch als Schnupfpulver.

KOTZ.

10) **Wm. Schappegrell** (New Orleans). **Besondere Heufieberformen und deren Desensibilisierung. (Special forms of hay-fever and their desensibilization.)** *The Laryngoscope. Juli 1921.*

In den Oststaaten von Nordamerika sind 6 pCt. der Heufieberkranken empfindlich gegen die Pollen der Gramineen und 44 pCt. empfindlich gegen die der Ambrosiaceen. Es gibt — je nach der Pollenart, gegen die das betreffende Individuum empfindlich ist — verschiedene Formen von Heufieber, die zu differenzieren sind, falls verlässliche immunologische Methoden zur Verfügung stehen.

Im Falle des Frühjahrsfiebers sind die gewöhnliche Ursache die Pollen der Gramineen, wobei ausser den Hunderten von Grasarten auch die Zerealien, Weizen, Hafer, Roggen eingeschlossen sind. Glücklicherweise ist, was die Heufieberreaktionen anbetrifft, die biologische Aehnlichkeit dieser Pollenarten so gross, dass man eine Spezies für die ganze Gruppe nehmen kann; man wird diejenige bevorzugen, die am Wohnort des Patienten am häufigsten ist. Patienten, die für eine Art von Graspollen empfindlich sind, sind es stets auch gegenüber den anderen Arten derselben Gruppe, nur in verschiedenem Grade.

Ausser den Graspollen kommen als mehr oder minder wichtige Faktoren noch die Pollen verschiedener Bäume (Chenopodiaceen, Rumex, Ameranthus) in Betracht.

Um zuverlässige immunologische Methoden anzuwenden. muss eine botanische Feststellung der im Umkreis von 8—16 km blühenden Gräser und Bäume erfolgen. Der Patient wird mit dem Extrakt derjenigen Pollen geprüft, deren Inhalation er ausgesetzt ist, und der Charakter und der Grad der Reaktion wird notiert. Verf. hat auf Grund von Hunderten von Beobachtungen eine Dezimalskala aufgestellt, in der 100 den höchsten Grad von Empfindlichkeit bedeutet. Starke Reaktion erfordert Vorsicht in der Anwendung des Pollenextrakts. O. T. FREER.

11) **Esch** (Göttingen). **Ueber ein Adamantinom des Oberkiefers.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 81. S. 248.*

Bei dem 44jährigen Patienten, der wegen undurchgängiger Nase den Arzt aufsuchte, musste zuerst eine Siebbeineiterung angenommen werden, die endonasal angegangen wurde. Dabei fanden sich im mittleren Nasengang tumorartige Massen, deren histologische Untersuchung ein reines Adamantinom, ähnlich dem embryonalen Schmelz, zeigte. Entfernung durch Luc-Caldwellsche Operation. Bis jetzt kein Rezidiv. Die Histogenese konnte nicht geklärt werden. KOTZ.

12) **Max Meyer** (Würzburg). **Zur Klinik und pathologischen Anatomie der primären Adenokarzinome des Siebbeins, unter besonderer Berücksichtigung eines osteoplastischen Adenokarzinoms.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 81. S. 179.*

Es werden zwei von Manasse operierte Fälle beschrieben, die besonders vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus hohes Interesse haben. Bezüglich der klinischen Erscheinungen und des operativen Befundes zeigen sie viel Uebereinstimmung. Beide Geschwülste gingen von der Lamina cribrosa aus und hingen frei in die Nasenhöhle herein. Das eine Mal wurde durch die Kieferhöhle nach Denker operiert, das andere Mal mittels Aufklappen der Nase. Beide Male konnten die Tumormassen vollständig entfernt werden. Im ersten Fall trat zweimal ein leichtes Rezidiv auf, das sich aber unschwer beherrschen liess. Dagegen muss das Günstige, was über den Verlauf des zweiten Falles gesagt wird, in einem Nachtrag zurückgenommen werden. Histologisch interessiert vor allem, dass der eine Tumor Knochen aufwies. Dies ist so zu erklären, dass die wachsende Geschwulst einen Teil des Siebbeinlabyrinths ablöste und mit sich fast bis zum Naseneingang vorschob. Im präformierten Knochen ist die Tätigkeit sowohl von Osteoblasten wie Osteoklasten nachweisbar, während im Stützgewebe metaplastischer Knochenaufbau zu finden ist. Stroma und Parenchym zeigen schleimige Entartung. KOTZ.

13) **E. Segura** (Buenos Aires). **Operation der Keilbeinhöhle auf endoseptalem Wege. (Operación del seno esfenoidal por via endoseptal.)** *Rev. Rioplatense de Otorinolaringologia. Anno I. No. 2. 1920/21.*

Die bisher gewöhnlich geübte endonasale Methode zur Eröffnung der Keilbeinhöhle ist schwierig und gibt in der Mehrzahl der Fälle ein unbefriedigendes

Resultat; besteht nicht gerade eine Atrophie der Muscheln und infolgedessen eine abnorme Weite der Nasenhöhle, so ist es nötig, vorher ein Stück der unteren Muschel und den grössten Teil der mittleren Muschel abzutragen; ist eine starke Septumverbiegung vorhanden, so muss diese vorher submukös reseziert werden. Auch gelingt es nicht immer, eine genügend grosse Oeffnung anzulegen, und eine gründliche Kurettage der Höhle auf dem gewöhnlichen endonasalen Wege ist schwierig. Dagegen hat S. bei Gelegenheit der endoseptalen Hypophysisoperationen kennen gelernt, einen wie ausgezeichneten Zugang diese Methode zur Keilbeinhöhle gewährt; man kann auf diesem Wege von der Vorder- und Unterwand der Höhle soviel fortnehmen wie man will, diese ausgiebig kurettieren; die Operation wird dadurch vervollständigt, dass die Schleimhaut des Septums auf der operierten Seite an ihrer oberen choanalen Insertion losgelöst wird, wie dies Verf. bei der Hypophysisoperation empfohlen hat. Diese Inzision der Septumschleimhaut muss möglichst weit nach aussen gehen; der abgelöste Schleimhautlappen wird dann wieder auf das Septum gelegt und sein äusserstes Ende, wenn möglich, in die Höhle und auf das intersinusale Septum gelegt und dort antamponiert. Verf. teilt die Krankengeschichten dreier von ihm auf diese Weise mit gutem Erfolg operierten Fälle mit.

FINDER.

14) E. Schlittler. **Ueber Lebensgefährlichkeit, die Diagnose und Therapie der Nebenhöhleneiterungen.** Baseler med. Ges., Sitzung vom 20. Mai 1920. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. S 875. 1920.*

Schl. weist auf das verhältnismässig seltene Vorkommen von Komplikationen und auf das äusserst seltene Ereignis eines durch Nebenhöhleneiterung bedingten letalen Ausgangs hin, namentlich im Vergleich mit den Mittelohreiterungen. Schl. glaubt den Grund, dass gewisse Formen der Mittelohreiterung, wie z. B. die Cholesteatome, eine 10 mal grössere Mortalität aufweisen, darin zu finden, dass es bei den eitrigen Entzündungen im Bereiche des pneumatischen Zellsystems des Felsenbeins häufig zu Empyembildung, d. h. Eiterretention unter Druck, kommt, während dies bei dem Nebenhöhlensystem der Nase wohl nur in ganz seltenen Fällen zutrifft. Die Nebenhöhleneiterungen haben aber trotzdem eine grosse praktische Bedeutung. Wenn dieselben auch nur ausnahmsweise das Leben bedrohen, so können sie doch hier und da eine schwere Schädigung wichtiger Sinnesorgane, vor allem des Sehvermögens, zur Folge haben, weshalb die Kenntnis ihrer pathognomonischen Symptome auch für den allgemeinen Praktiker ungemein wichtig ist, um den Kranken zweckmässiger, frühzeitiger fachärztlicher Therapie zuzuführen.

R. HOFFMANN.

15) J. H. Bryan. **Ein Fall von extraduralem und subduralem Abszess nach Stirnhöhleneiterung. (A case of extradural and subdural abscess following frontal sinusitis.)** *Amer. Journ. med. Sc. Nov. 1920.*

Ein 15 jähriger Knabe wurde wegen akuter Stirnhöhleneiterung operiert; Fortnahme der vorderen Wand und Drainage nach aussen. Da die Eiterung nach zwei Wochen nicht nachliess, wurde die Wunde wieder eröffnet, man fand einen Sequester der Hinterwand, die Dura lag frei. Bei einer dritten Operation, 10 Wochen später, fand sich keine weitere Knochennekrose; die Höhle wurde ausgespült. Vier

Stunden nach der Operation klagte Pat. über heftige Kopfschmerzen und Taubhe[illegible] in der rechten Hand. Drei Wochen später sah B. den Patienten und fand d[illegible] Frontalgegend geschwollen und ödematös; es bestand kein Kopfschmerz meh[illegible] auch kein Fieber. Es wurde ein breiter Lappen zurückpräpariert und etwas er-weichter Knochen weggekratzt. Profuse Absonderung blieb bestehen und bei eine[illegible] Gelegenheit konnte eine Sonde bis zur Höhe des Scheitels eingeführt werden. E[illegible] bestanden während dieser Krankheitsperiode, die mehrere Monate andauerte, kein[illegible] Zerebralsymptome; bakteriologische Untersuchung ergab: Streptococcus nor-haemolyticus. Man liess dann die Wunde sich schliessen. Sechs Wochen spät[illegible] wurde der Knabe ins Hospital gebracht mit starkem Kopfschmerz, Stirnschwellun[illegible] und Fieber. Das — anscheinend gesunde — Stirnbein wurde teilweise entfern[illegible] und dabei ein extraduraler Abszess freigelegt, in dem der Eiter unter starke[illegible] Druck stand. Patient blieb komatös und starb eine Woche später. Autopsie erg[illegible] dicken Eiterbelag über der linken Hemisphäre, subduralen Frontalabszess un[illegible] Extraduralabszess. Aus dem Eiter wuchsen Streptokokken. FREUDENTHAL.

16) **Neil Maclay. Osteomyelitis des Schädels als Komplikation von Neben-höhleneiterung. (Cranial osteo-myelitis complicating accessory sinus suppu-ration.)** *Journ. of Laryng. and Otol. Okt. 1921.*

Patient, 30jähr. Mann, wurde im Juli 1920 intranasal an beiden Kieferhöhlen operiert, ferner wurde das Siebbein ausgeräumt und der Ductus naso-frontalis wurde vorsichtig mit der Raspel erweitert. Am 6. Tage danach erschien ein[illegible] leichte Schwellung im linken inneren Augenwinkel, die schnell rot und weic[illegible] wurde; Inzision ergab eine kleine Menge Eiter, Sondenuntersuchung ergab nirgen[illegible] rauhen Knochen. Es ging dem Pat. gut bis Anfang September, wo der Nasen-rücken geschwollen war, die linken Augenlider stark ödematös, die rechten in ge-ringem Grade, die Schädelhaut über der linken Stirnhöhle desgleichen. Bei d[illegible] Operation wurde der grösste Teil des Nasenbeins und Proc. nasalis des Oberkiefer[illegible] nebst einem Teil des Nasenfortsatzes des Stirn- und Tränenbeins nekrotisch ge-funden und entfernt. Die ganze vordere Wand der linken Stirnhöhle, ein gu[illegible] Teil des Höhlenbodens und die Tabula externa des Stirnbeins unmittelbar ober-halb des Sinus, die unzweifelhafte Zeichen von Osteomyelitis zeigte, wurd[illegible] entfernt.

Die Allgemeinerscheinungen besserten sich, jedoch blieb Kopfschmerz u[illegible] Absonderung aus dem oberen Winkel der Schädelwunde bestehen; es wurde ei[illegible] Autovakzine angewandt. Anfang Oktober bildete sich eine ödematöse Schwellun[illegible] höher oben an der Stirn, links von der Mittellinie, die Augenlider wurden beider-seits ödematös und Pat. konnte auf dem linken Auge nicht sehen; es wurde wie[illegible] inzidiert und ein nekrotisches Knochenstück entfernt, der Knochen von d[illegible] Rändern aus soweit abgetragen, bis er normal schien. Ende Oktober musste au[illegible] die Vorderwand der rechten Stirnhöhle entfernt werden, wobei sich ein extradura[illegible] Abszess fand. Noch mehrere Male — zuletzt Mitte Januar 1921 — wurde oper[illegible] und nekrotischer Knochen entfernt; nach der letzten Operation hörten die se[illegible] Monaten bestehenden Kopfschmerzen auf, es trat schnell Heilung ein und es bl[illegible] ein grosser Bezirk der Dura nur vom Skalp bedeckt. Ueberraschend war, w[illegible]

schnell der Knochen sich wieder bildete; nach drei Monaten konnte die Pulsation nur noch im Bereich eines guldengrossen Bezirks auf der linken Seite konstatiert werden, jetzt ist sie kaum mehr wahrnehmbar.

FINDER.

17) **Leon E. White** (Boston). **Nebenhöhlen und Erblindung; Differentialdiagnose und operative Technik. (Accessory sinus blindness; differential diagnosis and operative technic.)** *The Laryngoscope. August 1921.*

Verf. legt zunächst Wert darauf, dass durch genaueste Untersuchung die verschiedenen übrigen Ursachen der Erblindung, wie zentrale Erkrankungen, toxische und infektiöse Einflüsse ausgeschaltet werden. Für die Frage, ob man bei retrobulbärer Neuritis operieren soll, ist entscheidend die Grösse und Lage der mittleren und oberen Muschel; wenn sich zeigt, dass diese die Ventilation der hinteren Nebenhöhlen blockieren, so müssen sie entfernt werden.

Besonders ausführlich und unter Anführung einiger Krankengeschichten äussert sich Verf. zu der Frage, ob, wenn bei plötzlicher Erblindung andere Ursachen ausgeschlossen werden müssen, die Nebenhöhlen auch bei negativem Befund eröffnet werden sollen. Die Tatsache, dass weder bei der Untersuchung der Nase, noch bei Röntgenaufnahme etwas gefunden wird, beweist nicht, dass keine Infektion in der Nase besteht; sie will nur besagen, dass nichts zu entdecken ist. Da es sich häufig nur um eine exsudative, jedoch nichteitrige Form der Entzündung zu handeln braucht, so sind die Röntgenogramme praktisch negativ.

Eine völlige Siebbeinausräumung bzw. eine radikale Siebbeinhöhlenoperation ist in diesen Fällen nicht nötig, sogar kontraindiziert, es sei denn, dass — abgesehen von dem Verlust des Sehvermögens — hinreichende pathologische Veränderungen vorhanden sind, um einen solchen Eingriff zu rechtfertigen. Nach W. genügt es, wenn von der Muschel so viel entfernt wird, um zu der Vorderwand der Keilbeinhöhle Zugang zu gewinnen; die nasale Portion der vorderen Keilbeinhöhlenwand wird entfernt und nur die hintere Siebbeinzelle eröffnet. Dieser in Lokalanästhesie vorzunehmende Eingriff ist gefahrlos und beeinträchtigt nicht die Funktion der Nase; er genügt, um die dem N. opticus anliegende Region zu ventilieren und zu drainieren. Keineswegs darf die Nase nachher tamponiert werden.

Verf. erörtert schliesslich die Gefahren dieser Operationen. Unter anderem rät er zur Vorsicht mit endonasalen Operationen bei Hirntumoren, da infolge des gesteigerten intrakraniellen Drucks die der Dura anliegenden Knochen verdünnt sind und auch die Nebenhöhlenwandungen in diesen Prozess einbegriffen sind.

O. T. FREER.

18) **Genet** und **Jacod. Akkommodationslähmung bei Stirnhöhleneiterung. (Sinusite frontale; paralysie de l'accommodation.)** *Lyon méd. S. 413. 1921.*

Bei einem Patienten, bei dem einseitige Mydriasis mit Akkommodationslähmung ohne Diplopie bestand, vermuten Verff., da alle sonst in Betracht kommenden ätiologischen Momente nicht zutrafen, dass ein Zusammenhang bestände mit einer gleichseitigen Sinusitis frontalis.

FINDER.

19) **Sidney Israel. Ein neues Instrumentarium zur intranasalen Naht. (New intra-nasal suture set.)** *The Laryngoscope. August 1921.*

Das Instrumentarium besteht aus einem Satz von drei Nadelhaltern, die in

einem schlitzartigen Fortsatz auslaufen, in welchem die Nadel befestigt wird; dieser Fortsatz steht zum Handgriff rechtwinklig, spitzwinklig oder verläuft als seine gerade Fortsetzung. Handelt es sich um eine Septumnaht, so wird die Nadel mit dem Faden auf einer Seite des Septums eingestochen und auf der anderen Seite durchgestochen und zum Nasenloch mit einer Zange herausgeführt, der Nadelhalter herausgezogen, die Nadel wieder eingesetzt und nun von der anderen Seite eingestochen. Man kann so eine fortlaufende Naht des Septums machen. Abbildung.

O. T. FREER.

c) Mundrachenhöhle.

20) **Marx** (Heidelberg). **Ueber die Schmerzempfindlichkeit der Mundhöhle.** *Münch. med. Wochenschr. H. 42. S. 1354. 1921.*

Untersuchungen an 100 Personen, von denen allerdings nur etwa 50 sichere Resultate zuliessen, ergaben, dass bei allen eine analgetische Zone der Wangenschleimhaut vorhanden ist (Kiesow) und ausserdem bei vielen analgetische und hypalgetische Bezirke am Zäpfchen, an den Gaumenmandeln und am weichen und harten Gaumen.

KOTZ.

21) **Bonnet** und **Richard. Physiologische Pigmentierung der Schleimhaut. (Pigmentation physiologique des muqueuses.)** *Société nationale de méd. et des Sciences méd. 19. Jan. 1921.*

Bonnet hat bereits im Jahre 1912 darauf aufmerksam gemacht, dass bei manchen Individuen sehr ausgedehnte Pigmentierungen der Mundschleimhaut vorkommen, ohne dass M. Addison oder sonst ein krankhafter Zustand vorliegt. Verff. demonstrieren zwei Personen, die 12 bzw. 13 Jahre lang beobachtet sind, ohne dass etwas Krankhaftes festgestellt wurde. Es handelte sich um eine physiologische Disposition, die bei den verschiedenen Rassen verschieden zu sein scheint; am verbreitetsten ist sie bei den Zigeunern, wo man bei einem Drittel der Individuen solche Pigmentierungen der Mundschleimhaut findet.

FINDER.

22) **F. Lesser. Pemphigus der Mundschleimhaut.** Dermat. Ges. Berlin. Sitzung v. 2. Mai 1920. *Deutsche med. Wochenschr. No. 30. S. 842. 1920.*

Verf. beobachtete in diesem Falle das explosionsmässige Auftreten von Bläschen auf dem Rachen, der Lippe und zuweilen der Zunge. — Rosenthal empfiehlt Pinselungen mit Ichthyol und Kokain.

R. HOFFMANN.

23) **Laugsch** (Chemnitz). **Sekundäre Vakzine auf der Zunge.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. S. 920. 1921.*

Ein Kind, das mit Erfolg am Arm geimpft wurde, zeigte nach einigen Tagen eine sekundäre Pustel auf der Zunge, die als pfennigstückgrosser, grauweisser, schmieriger Belag erschien und bald wieder abheilte. Es ist verwunderlich, dass bei der Vorliebe der Kinder, den Finger in den Mund zu stecken, solche Erscheinungen nicht öfter zu sehen sind.

KOTZ.

24) **Hedrich** (Erlangen). **Sekundäre Vakzine auf der Tonsille.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. S. 1119. 1921.*

Es handelt sich in dem mitgeteilten Falle um ein 9 Monate altes Kind. Das

Uebertragung geschah durch den in den Mund gesteckten Finger eines anderen Kindes, das an sekundärer Vakzine am Arm und Genital litt. Heilung nach zehn Tagen.

KOTZ.

25) **E. Köhl. Der Zungenkropf.** *Schweiz. med. Wochenschr. No. 16. 1921.*

Verf. berichtet zuerst über einen selbst beobachteten Fall. Es handelte sich um eine 49jährige Frau, bei der ein Zungenwurzelkropf, der sich in der Zungenmuskulatur — wohl zwischen den Genio-glossi — entwickelt hatte, durch Krönlein entfernt worden war. Ein Zungenbasiskropf scheint damals übersehen worden zu sein und wuchs allmählich zu bedeutender Grösse an, so dass die intensiven Sprech-, Schluck- und Respirationsbeschwerden die operative Entfernung auch dieses Zungenkropfes notwendig machten. Verf. unterscheidet nämlich zwischen „Zungenbasiskröpfen", die ihren Sitz an der Zungenbasis bzw. auf dem Zungenrücken zwischen Foramen coecum und Epiglottis haben, und „Zungenwurzelkröpfen", die oberhalb des Zungenbeins in der Zungenmuskulatur sitzen und teils nach aussen, teils nach innen in die Mundbodenhöhle prominieren.

Verf. geht ferner auf die Entwicklung der Zunge und Schilddrüse und auf den Zusammenhang der branchiogenen Organe mit der Schilddrüse ein und sucht auf embryologischem Wege das Vorkommen von Schilddrüsengewebe zu erklären.

Was die Operation anbetrifft, so muss aus prophylaktischen Gründen das Möglichste getan werden, um genügend funktionstüchtiges Schilddrüsengewebe und genügend funktionstüchtiges Epithelkörperchenmaterial zurückzulassen.

FINDER.

26) **Frank Le Moyne Hupp** (Wheeling, W. Va.). **Atrophie und Inaktivität der Paretis nach operativer Zerstörung des Ductus Stenonianus. (Atrophy and inactivity of parotid gland, following operative obliteration of Stenson's duct.)** *Annals of Surgery. Sept. 1921.*

Interessant ist der folgende Fall: 58jähriger Mann kommt mit einem Epitheliom der Wange zu Hupp. Dieser machte eine H-förmige Inzision, entfernte alles Krankhafte, ohne die Schleimhaut des Mundes anzugreifen. Dann Zerstörung des Duct. Sten. Patient blieb darauf $3^1/_2$ Jahre ohne Rezidiv. Dann aber traten von neuem Erscheinungen auf, denen er erlag. Diese Operation wurde schon früher bei Parotisfisteln gemacht, und des öfteren trat nach Zerstörung des Ausführungsganges eine atrophische Sklerose mit Aufhebung der Drüsentätigkeit ein.

FREUDENTHAL.

27) **Ernst Unger. Zur Behandlung der Parotitisfisteln.** Ges. f. Chir. Berlin, Sitzung v. 8. März 1920. *Deutsche med. Wochenschr. No. 60. S. 842. 1920.*

Parotisfistel infolge von Schussverletzung der linken Gesichtshälfte. Es helfen weder Jodtinkturinjektionen noch die Resektion des N. auriculo-temporalis nach Leriche. Dagegen gelang es durch einmalige Injektion von Paraffin in das Narbengewebe rings um die Oeffnung die Fistel dauernd zu schliessen. Die Injektion geschah mit der Spritze von Brünings. Wolfsohn erwähnt in der Diskussion, dass er eine Parotisfistel nach Halsschuss, die hinter dem Ohr sass, durch Resektion des N. auriculo-temporalis in Verbindung mit oberflächlicher Kauterisation zur Heilung bringen konnte.

R. HOFFMANN.

28) **Kaiser** (Halle). **Ueber postoperative Parotitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 43. S. 1385. 1921.*

Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu der Ueberzeugung, dass besonders die Schädigungen bei der Narkose (Vorschiebung des Unterkiefers) den Anlass zur postoperativen Parotitis geben können. Die Frage, ob die Infektion auf hämatogenem Wege oder aufsteigend vom Munde aus zustande kommt, kann nicht endgiltig entschieden werden. Ersteres scheint das häufigere zu sein.

KOTZ.

29) **Jean Berger** und **J. Magrou. Anormaler Speicheltumor. (Tumeur salivaire anormale.)** *La Presse méd. 30. Nov. 1921.*

Es handelte sich um einen nussgrossen Tumor, der in der linken Regio carotidea in Höhe des oberen Schildknorpelrandes sass, der Haut nicht adhärierte und gegen die Unterlage verschieblich, von harter Konsistenz. Diagnose: Chronische Adenitis. Bei der Operation zeigte sich, dass der Tumor vor dem Sterno-cleido sass und nach oben bis zum Mylo-hyoideus reichte. Es war nichts vorhanden, was an einen Ausführungskanal erinnerte. Heilung.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich, dass es sich um eine Speicheldrüse nach dem Typus der Submaxillaris handelte, die fast in ganzer Ausdehnung von absolut normalem Bau war. Nur einer der Drüsenlappen zeigt in einem kleinen Bezirk die Struktur einer Mischgeschwulst (myxomatöse Degeneration).

Verff. glauben, dass es sich um einen versprengten Lappen der Gl. submaxilaris handelt, der aus irgendwelcher Ursache im Laufe von 2 Jahren so wuchs, dass er die Grösse einer Nuss erreichte.

FINDER.

30) **Jean Guisez** (Paris). **Die Tonsillitis fossularis, eine Allgemeinkrankheit. (De l'amygdalite cryptique maladie générale.)** *Gaz. d. hôp. No. 57. 1921.*

Verf. bespricht die von seiten des Organismus auftretenden Allgemeinerscheinungen bei chronischer Tonsillitis. Er behauptet, ein charakteristisches klinisches Zeichen für eine chronische Entzündung der Mandel sei eine Rötung des freien Randes des vorderen Gaumenbogens, die scharf sich von der Rosafärbung der benachbarten Schleimaut abhebe. Er erwähnt, dass er einen Fall von Psoriasis und mehrere Fälle von Ekzem und infektiöser Dermatitis nach Entfernung der grossen chronisch entzündeten Mandeln habe verschwinden sehen. Auffallend ist, dass Verf. noch immer das „Morcelement" als Methode zur Entfernung der Mandeln anwendet.

FINDER.

31) **Z. v. Lénárt** (Budapest). **Die totale Exstirpation der Tonsillen.** *Orvosi Hetilap. No. 3. 1920.*

Bericht über 395 Fälle. In 339 Fällen hörte die Blutung spontan auf, 44 mal genügte die Kompression oder der Galvanokauter und nur in 12 Fällen trat eine stärkere Blutung auf (9 mal arteriell und 3 mal venös). Eine ernstere Nachblutung ist niemals beobachtet worden. Anatomie der Regio tonsillaris und Technik der Operation werden ausführlich besprochen. Eine Narkose ist nicht zu empfehlen. Die Indikationen sind ziemlich weitgehend, auch Foetor ex ore befindet sich darunter.

POLYAK.

32) **D. v. Navaratil** (Budapest). **Bemerkungen zum obigen Artikel.** *Orvosi Hetilap. No. 4. 1920.*

Vorwürfe gegen v. Lénárt, weil derselbe vor neun Jahren gegen die Tonsillektomie für das Morcelement Stellung nahm. v. Navratil hat früher die Tonsillektomie an mehreren Fällen glücklich ausgeführt, hat aber die Operation teils infolge von Lénárts Warnungen, teils wegen der vielen Todesfälle, welche auch die geübtesten Operateure erlebten, nicht mehr angewendet. An Stelle der Tonsillektomie hat v. Navratil ein anderes Verfahren ausgearbeitet, welches er schon in 1911 publiziert hat (?Ref.) und seither zur höchsten Vollendung entwickelt hat. Dieses Verfahren soll demnächst publiziert werden. Er hat seit Jahren mehrere hundert Fälle auf diese Weise operiert, die Resultate sind jenen der Tonsillektomie gleichwertig, das Verfahren ist vollständig gefahrlos. POLYAK.

33) **Z. v. Lénárt** (Budapest). **Antwort auf die obigen Bemerkungen.** *Orvosi Hetilap. No. 5. 1920.*

Richtigstellung der Tatsachen. v. Navratil hat schon vor neun Jahren auf die Kritik v. Lénárts, dass seine Operationsangaben unverständlich und unwahrscheinlich sind, versprochen, seine Angaben in einer wissenschaftlichen Sitzung zu beweisen. Dieses Versprechen ist in neun Jahren nicht eingelöst worden und jetzt zeigt v. Navratil wieder an, dass er sein Verfahren demnächst publizieren wird. v. Lénárt sieht dieser Publikation mit Interesse entgegen. (Die Publikation ist in 20 Monaten nicht erfolgt; Ref.) POLYAK.

d) Diphtherie und Croup.

34) **Port** (Augsburg). **Ueber Diphtheriebazillen im Auswurf.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. S. 950. 1921.*

Verf. verweist im Anschluss an die Arbeit Lippmanns (Münch. med. Wochenschr., No. 25, 1921) auf seine bereits im Jahre 1918 mitgeteilten 5 Fälle, und bringt jetzt 7 weitere neue. Die Frage, ob es sich hierbei um Pseudo- oder um avirulente oder atypische Diphtheriebazillen handelt, sei nicht zu entscheiden. (Ref. möchte auf die neuesten Mitteilungen von Mandelbaum verweisen.)

KOTZ.

35) **J. W. Janzen. Der Pseudodiphtheriebazillus ist ein avirulenter Diphtheriebazillus.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 15. 1921.*

Nach 10 Tierpassagen (Meerschweinchen) war der untersuchte Pseudodiphtheriestamm unverändert, u. a. keine Säurebildung aus Glukose oder anderen Zuckerarten, kein anaerobiotisches Wachstum, keine lokale Reaktion beim Versuchstier, während die Virulenz (in hohen Dosen) nicht zugenommen hatte. Die gegenteiligen Erfahrungen von Thiele und Embleton (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 19, 1913) beruhen wahrscheinlich auf dem Arbeiten mit einem avirulenten atypischen Diphtheriebazillus. Auch mit der Methodik von Saller (Graham-Smith Diphtheria 1908) abwechselnd Passage durch Fische und Meerschweinchen blieb das Resultat dasselbe. v. GILSE.

36) **John F. Hogan** (Baltimore, Md.). **Laryngeale Diphtherie. (Laryngeal diphtheria.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 27. Aug. 1921.*

Da 82 pCt. der Mortalität an Diphtherie Larynxfälle waren, und da ferner die Mortalität im umgekehrten Verhältnisse stand zu dem Zeitraum, in welchem ein Arzt gerufen, Antitoxin gegeben bzw. Intubation gemacht worden war (Intubation wurde nur in der Hälfte dieser Fälle gemacht), so liegt die Prognose und Therapie auf der Hand. Am wünschenswertesten wäre es, alle diese Fälle in ein Hospital zu bringen, in dem In- und Extubation von geübter Seite gemacht werden kann.

FREUDENTHAL.

37) **Lade** (Düsseldorf). **Das Lochsche Absaugeverfahren bei Diphtherie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 32. S. 751. 1919.*

L. verwandte das L. Verfahren (s. Münchn. med. Wochenschr., Nr. 46, 1917) bei Diphtheriebazillenträgern, zum Absaugen von Sekreten aus Nase und Nasenrachenraum, bei diphtherischer Otitis media nach der Parazentese, mit bestem Erfolg aber bei tracheotomierten Kindern. Er bedient sich der Hugershoffschen Saugpumpe.

R. HOFFMANN.

38) **Rietschel** (Würzburg). **Ueber Yatren, ein wasserlösliches Chinolinderivat.** *Med. Klinik. No. 48. 1921.*

Intramuskuläre Injektionen von 5 proz. Yatren, mit 1 ccm beginnend und bei älteren Kindern über 10 Jahre bis zu 5 ccm steigend, gab bei Keuchhusten gute Resultate. Diphtheriebazillenträgern im Säuglingsalter wurden mit zufriedenstellendem Erfolge kleinste Mengen Yatren täglich drei bis fünf Tage lang in die Nase eingeblasen.

SEIFERT.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

39) **C. Lian** und **A. Pinast.** **Der Ictus laryngis der Bronchitiker. (L'ictus laryngé des bronchitiques.)** *Gaz. d. hôp. No. 34. 1921.*

1915 haben Jeanselme und Lian (Soc. méd. d. hôp., Juli) zwei Beobachtungen von Ictus laryngis bei Soldaten mit Bronchitis veröffentlicht. Seit dieser Zeit haben Verff. vorliegender Arbeit noch vier weitere Fälle beobachtet. Bei allen war der okulo-kardiale Reflex stark positiv; diese Feststellung zeigt, dass der Vagus bei diesen Patienten übererregt ist, und erlaubt die Annahme, dass diese Hypertonie des Vagus beim Ictus laryngis der Bronchitiker eine Rolle spielt.

Verff. sind der Ansicht, dass der Ictus laryngis in der Mehrzahl der Fälle vorkommt als Komplikation einer chronischen Erkrankung der oberen Luftwege, am häufigsten bei „allen Hustern" (Emphysem, chronische Bronchitis, Asthma usw.), seltener bei akuter Bronchitis und im Anfangsstadium der Lungentuberkulose. Von dem Ictus laryngis in seiner bekannten ausgesprochenen Form unterscheiden Verff. noch einen larvierten oder unvollkommenen Ictus laryngis, der gleichfalls mit Husten und Kitzel im Halse anfängt, bei dem es aber nicht zu vollkommenem Verlust des Bewusstseins und Hinfallen kommt.

Als das beste Mittel betrachten Verff. die Belladonna; ihre Anwendung ist während der akuten Exazerbationen der Bronchitis, wo eine Rückkehr der Anfälle besonders zu befürchten ist, angezeigt.

FINDER.

40) **J. C. Voigt. Fall von Lippen-Zungen-Kehlkopflähmung erfolgreich mit Vakzine behandelt. (Case of labio-glosso-laryngeal paralysis successfully treated by vaccine.)** *The Lancet. 1. Okt. 1921.*

Verf. bringt die Lähmung in dem mitgeteilten Falle in Zusammenhang mit einer ausgedehnten Pyorrhoea alveolaris. Es wurde eine grosse Anzahl schadhafter Zähne extrahiert und mit einer von den Wurzeln derselben angefertigter Autovakzine von Staph. aureus abwechselnd mit einer im Handel befindlichen Polyvakzine behandelt. Die Symptome verschwanden sämtlich. FINDFR.

41) **Gordon B. New** (Rochester). **Ein ungewöhnlicher Fall von doppelseitiger Abduktorlähmung. (A unusual case of bilateral abductor laryngeal paralysis.)** *The Laryngoscope. August 1921.*

Verf. hat in einem Fall von chronischer Poliomyelitis anterior folgende Erscheinung beobachtet: Bei der Larynxuntersuchung bewegten sich die Stimmlippen zuerst ganz normal; nach wiederholter Phonation blieb die rechte Stimmlippe in der Stellung wie bei kompletter Postikuslähmung stehen, die linke bewegte sich nur halb so weit nach aussen, wie vorher. Liess man den Patienten 5—10 Minuten ausruhen, so war die Bewegung der Stimmlippen ganz normal; diese Erscheinung wiederholte sich immer wieder. O. T. FREER.

42) **Michael Vlasto. Die Ventrikeloperation beim Menschen. (The ventricle stripping operation in man.)** *The Laryngoscope. Dez. 1921.*

Hobday hatte (vgl. dieses Zentralblatt dieser Jahrgang, S. 364) über eine Operation berichtet, die er in einer grossen Zahl von Fällen bei Rekurrenslähmung der Pferde ausgeführt hatte, und hatte angeregt, ob man diese Operatlon nicht auch bei doppelseitiger Abduktorlähmung beim Menschen versuchen könne. Die Sache kam darauf hinaus, dass durch Ablösung der Ventrikelschleimhaut Wundflächen geschaffen wurden, durch deren Vereinigung und Vernarbung die Stimmlippe zur Seite gezogen und so eine Erweiterung der Rima glottidis bewirkt wird. Verf. ist auf Grund von Leichenversuchen zu dem Ergebnis gelangt, dass die Hobdaysche Operation für den Menschen nicht in Betracht kommt, da die anatomischen Verschiedenheiten, die zwischen dem Ventrikel nebst Sakkulus bei Menschen und Tieren bestehen, zu gross sind. FINDER.

43) **J. Safranek** (Budapest). **Tumorartige Hyperkeratose des Kehlkopfes.** *Orvosi Hetilap. No. 37. 1921.*

Auf der rechten Stimmlippe, von der vorderen Kommissur bis zum Proc. vocalis, ist eine haselnussgrosse Geschwulst sichtbar, welche von dicht nebeneinander gelagerten weissen, stachelförmigen, hornharten Exkreszenzen bedeckt ist. An den übrigen Stellen des Kehlkopfes nur Hyperämie. Wassermann negativ. Histologische Untersuchung (Prof. Entz): Gutartiges Papillom mit ausgedehnter, ungewohnt grosser Verhornung des oberflächlichen Epithels. Exstirpation auf endolaryngealem Wege. Das Leiden entspricht der verrukösen Pachydermie Virchows. POLYAK.

44) **Kehrer** (Dresden). **Leitsätze über die Beeinflussung der Lungen- und Kehlkopftuberkulose durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.** *Münch. med. Wochenschr. No. 48. S. 1561. 1921.*

Sammelreferat für den deutschen Tuberkulosekongress; Ref. dieser Jahrgang, Seite 203. KOTZ.

45) **E. v. Tovölgyi** (Budapest). **Laryngofission und Kehlkopftuberkulose.** *Orvosi Hetilap. No. 31—33. 1920.*

Die Operation ist bei Lungenleiden, welche starke Resistenz zeigen und nicht ausgedehnt sind, angezeigt, wenn kein Fieber besteht, das Sputum arm an Bazillen ist, der Hustenreiz nicht vermehrt ist und kein bedeutender Gewichtsverlust (unter 10 kg) seit dem Beginn des Lungenleidens stattfand und wenn das Kehlkopfleiden auf eine vorausgeschickte Galvanokaustik lebhaft reagiert und Neigung zur Heilung gezeigt hat. POLYAK.

46) **Cahen** (Köln). **Störung des Dekanülements bei Thymushyperplasie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 42. S. 1363. 1921.*

Bei einem $2^3/_4$jährigen Kinde gelang das Dekanülement trotz aller üblichen Mittel nicht. Pat. ging an einem Erstickungsanfall zugrunde, der sich trotz gut liegender Trachealkanüle einstellte. Die Sektion ergab keine Stenose, dagegen eine stark vergrösserte Thymus. Verf. führt die Unmöglichkeit des Dekanülements auf Spasmen des Kehlkopfes zurück, den Tod jedoch auf die Thymus. KOTZ.

47) **Klestadt. Zur Behandlung der Kehlkopfstenosen mit Thostschen Bolzen.** Med. Sektion der schles. Ges. f. vaterl. Kultur zu Breslau, Sitzung v. 9. Mai 1919. *Berliner klin. Wochenschr. No. 34. S. 814. 1919.*

Verf. gibt einen Ueberblick über die zur Behandlung der Kehlkopfstenosen gebrauchten Instrumente, ihre Vorteile und Schattenseiten unter Hinzufügung von 4 selbst behandelten Fällen. R. HOFFMANN.

48) **R. Schilling. Ein Reifeichungsverfahren für Gürtelpneumographen.** *Arch. f. Laryng. Bd. 34. H. 2/3.*

Verf. gibt eine genaue, für ein eingehendes Referat nicht geeignete Schilderung eines von ihm zur Gewinnung absoluter Werte bei Atembewegungsaufnahmen angegebenen Eichungsverfahrens, bei dem durch einen Eichungsreif das bisher übliche, den Thoraxbewegungen aber nicht kongruente Druckeichungsverfahren durch ein lineares Eichungsmaass ersetzt wird. BRADT.

49) **C. Lynch** (New Orleans). **Schwebelaryngoskopie und ihre Probleme. (Suspension laryngoscopy and its problems.)** *The Laryngoscope. Juli 1921.*

Verf. gibt eine Schilderung der Technik, die sich ihm in den letzten 4 Jahren bewährt und bei der er niemals einen Misserfolg oder einen Zufall erlebt hat. Zur Narkose wendet er ein Stickoxydul-Aether-Sauerstoffgemisch an; die Narkose muss tiefer sein als bei jeder anderen chirurgischen Maassnahme. Er verwirft Anwendung von Morphium, Kodein, Skopolamin mit oder ohne Atropin. Die Narkose wird eingeleitet mit Stickoxydul, nach den ersten paar Inhalationen wird Sauer-

stoff zugefügt, bis die Pupille fixiert ist, und dann Aether hinzugeführt, bis aller Husten, Schmerzen und Rachenreflexe verschwunden sind. In diesem Stadium ruhiger, gleichmässiger Atmung, wenn die Pupille beginnt sich langsam zu erweitern, besteht vollkommene Erschlaffung. Bei länger ausgedehnten Manipulationen wird allmählich das Lachgas abgestellt und nur noch mit Sauerstoff-Aethergemisch weiter narkotisiert.

In letzter Zeit wendet Verf. öfter auch Lokalanästhesie an, und zwar sind es besonders Individuen mit langem, schlankem Hals und geringer Muskelentwickung und mit ruhigem Temperament, die sich dazu eignen. Hierher gehören vor allem Tuberkulöse. Hier kann man auch vorher Morphium, Skopolamin und Atropin anwenden.

Verf. hat eine Vereinfachung der Zahnplatten angegeben; er benutzt eine etwa 2 mm dicke Bleiplatte, die jederseits bis zum ersten Bikuspis reicht und so gebogen ist, dass sie den beissenden Rand der Zähne schützt. Jeder gewöhnliche Tisch ist zu benutzen, da es kaum jemals nötig wird, den Tisch höher zu stellen. Der Kopf des Patienten ruht auf dem Tisch (es ist nicht nötig, ihn über das Tischende hängen zu lassen) und wird von einem rechts vom Tisch stehenden Assistenten in äusserster Extension gehalten, so dass das Okziput sich dem Nacken nähert und das Kinn möglichst hoch steht.

Verf. schildert die Einführung des Spatels und die Einstellung des Kehlkopfes durch Verschiebung des Galgens, wie er dies bereits früher (Amer. Lar. Assoc., 1915) geschildert hat.

Für Anfänger besteht die grösste Schwierigkeit darin, die Zunge in der Mittellinie zu halten; liegt die Zunge nicht in der Mittellinie, so kann bei zu starker Spannung der vordere Gaumenbogen gezerrt werden und eine submuköse Blutung entstehen. Bei zu lang gewähltem Spatel kann es vorkommen, dass er hinter den Larynx gleitet, so dass er die ösophageale Seite des Ringknorpels berührt; wird jetzt der Galgen höher geschraubt oder der Handgriff des Spatels nach dem Operateur zu gezogen, so kann Stillstand der Atmung erfolgen. Der Nasenrachen muss ständig durch einen gut wirkenden Saugapparat von Sekreten frei gehalten werden, da die Mündungen der Eustachischen Röhren an seinem tiefsten Punkt gelegen sind; dasselbe muss geschehen, bevor der Patient herabgenommen und der Haken entfernt wird, da sonst das Sekret in den Larynx herabfliessen kann.

Verf. empfiehlt die Schwebelaryngoskopie bei der Vornahme der Laryngektomie wegen Karzinom. Die gestreckte und gespannte Lage der Teile hält er für ideal für das Arbeiten an Larynx und Trachea; bei zwei in letzter Zeit ausgeführten Laryngektomien hat Verf. ein kleines Lämpchen in den Oesophagus einführen lassen und bekam so eine prachtvolle Durchleuchtung der Teile, durch welche die Orientierung wesentlich erleichtert wurde.

Ferner hat sich ihm die Schwebe von grosser Hilfe erwiesen bei Behandlung von Stenosen des Larynx und der Trachea, bei Dilatation, Kauterisation, Inzision von Diaphragmen usw. Der Assistent hat den Stirnspiegel auf und hält die Tracheotomiewunde offen, der Operateur blickt in den Mund und sie dirigieren sich einander. Des weiteren rühmt Verf. die Schwebe bei der Einführung von

Radiumnadeln zur Behandlung des Oesophaguskarzinoms, für Bronchoskopie bei kleinen Kindern, Behandlung von Papillomen, bei denen er Fulguration und aktive Kaustik anwendet.

O. T. FREER.

50) **R. C. Lynch. Broncheskopie, Oesophagoskopie und Gastroskopie unter Leitung des Fluoreszenzschirmes. (Fluoroscopic broncheseopy; oesophagoscopy and gastroscopy.)** *The Laryngoscope. Nov. 1920.*

Ein Bericht über verschiedene Fälle, in welchen das Fluoroskop sich nützlich erwies. In vier Fällen liess es seit langer Zeit vorhandene Fremdkörper in den Bronchien, in welchen diese sich mit der Zeit in eine möglichst periphere Lage in der Lunge begeben hatten und in einer Abszesshöhle lagen, erkennen, ein Vorgang, den Lynch als typisch betrachtet.

Der erste der Patienten war ein kleiner Knabe, welcher eine Grasähre $2^1/_2$ Jahre in der Tiefe des rechten Bronchialbaums trug. Er hatte Sepsis, deren Ursache ein drei Zoll breiter Abszess zwischen der 5. und 8. Rippe auf der rechten Seite war. Granulationen verlegten den Bronchus, durch die ein wenig Eiter sickerte. Unter Leitung des Fluoroskops wurde die Zange in die Eiterhöhle eingeführt und sie fasste einen Teil der Aehre. Später Eröffnung des Abszesses von aussen mit Entfernung des Restes der Aehre. Tod durch Erschöpfung.

Im zweiten Fall lag eine Schraube in der Lunge ebenfalls in einer Abszesshöhle mit Verlegung des Bronchus. Im dritten und vierten Fall wurden ein spitzer Nagel bzw. ein hufeisenförmig gebogener Draht mit zwei Spitzen entfernt. Alle drei letzteren Fälle verliefen glücklich.

Ein kleines Mädchen hatte eine gänzlich die Speiseröhre verlegende Laugenstriktur drei Zentimeter unterhalb der Lage des Ringknorpels. Gastrostomie und Versuch der Dehnung der Striktur von unten herauf. Das fluoroskopische Bild von zwei Lagen aus betrachtet zeigte das obere und untere Ende der Striktur nur drei Zentimeter von einander entfernt und scheinbar in gerader Linie ligend. Deshalb Versuch der Durchschneidung dieser Brücke unter Leitung des Fluoroskops mit dem Messer. Dieses misslang. Am fünften Tage Mediastinitis nach verbotener Einnahme von Speisen. Tod darauf. Lynch betrachtet das Fluoroskop als ein höchst wertvolles Hilfsmittel.

O. T. FREER.

51) **D. J. Steenhuis. Die Röntgenologie der Bronchialdrüsentuberkulose bei Kindern.** *Nederl. v. Geneesk. II. No. 16. S. 2033. 1921.*

Demonsration. Starke Blutfüllung gibt Vermehrung der Zeichnungen, wie an Schweinslungen gezeigt wird. Die normalen Drüsen kommen in grosser Anzahl vor und sind von Bohnen- bis Linsengrösse. Kalkherde kommen weniger vor wie man denkt. Tuberkulöse Käsemasse gibt gleichfalls starke Schatten. Auch frische Bronchialdrüsenschwellungen haben grössere spezifische Dichtigkeit gegenüber X-Strahlen und können starken Schatten geben.

v. GILSE.

52) **J. W. Napjus. Ein Fall von Hilustuberkulose bei einem Erwachsenen. (Een geval van hilus tuberculose by een volmassene.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk II. No. 21. S. 2549. 1921.*

Asthmaanfälle mit Fieber. Gedämpfte Perkussion zwischen den Schulterblättern.

v. GILSE.

53) **Pels Leusden. Die Tracheotomie.** *Med. Klin. H. 47. 1921.*

Besprechung der Indikationen und der Ausheilung der Tracheotomie.

SEIFERT.

f) Oesophagus.

54) **J. Safranek** (Budapest). **Fall von ösophagolaryngealer Fistel.** *Orvosi Hetilap. No. 17. 1920.*

Patient hat vor 34 Jahren aus Versehen einen Schluck Schwefelsäure geschluckt. Ausgedehnte narbige Verwachsungen. Kehlkopfuntersuchung nur auf direktem Wege ausführbar. Narbige Diaphragmen zwischen der hinteren Partie der Stimmlippen. Oberhalb der Taschenbänder ist in der Narbe eine runde Oeffnung von 5—6 mm Durchmesser, durch welche die Sonde in die Speiseröhre und von hier in den Magen gelangt. Die verschluckten Speisen passieren den Kehlkopf, wobei die Aspiration durch Glottisschluss verhütet wird.

POLYAK.

55) **T. Bartony** (Budapest). **Schlingbeschwerden bei Dickdarmprozessen.** *Orvosi Hetilap. No. 19. 1920.*

Bei zwei Patienten, welche sich über Schlingbeschwerden beklagten, hat die Röntgenuntersuchung nachgewiesen, dass zwei erweiterte Kolonschlingen die Speiseröhre bei der Kardia komprimiert hatten. Eine hochgradige Verlängerung und Dilatation des Kolons kann durch Druck auf den kardialen Teil der Speiseröhre eine Störung der Passage verursachen.

POLYAK.

56) **Lawson Whale. Tumor aus Schilddrüsengewebe im Oesophagus. (Oesophageal tumour of thyroid tissue.)** *Brit. med. Journ. 10. Dez. 1921.*

Der einzigartige Fall wurde in der Rev. Soc. of Med., 4. Nov. demonsriert. Eine Frau wurde in ein Hospital aufgenommen mit der Angabe, sie habe eine Fischgräte verschluckt. Am nächsten Morgen wurde sie ösophagoskopiert; es wurde keine Gräte gefunden, dafür aber in Höhe des zweiten Brustwirbels ein Tumor, der in der Mittellinie der hinteren Oesophaguswand aufsass. Die Hervorragung war blasser als die umgebende Schleimhaut; sie war etwas kleiner als eine Kirsche, maulbeerförmig und sass der Unterlage mit einem breiten Stiel auf. Der Tumor wurde mit einer schneidenden Zange entfernt; seine Untersuchung ergab, dass er ausschliesslich aus Schilddrüsengewebe in den verschiedensten Stadien der Entwicklung bestand. Es fanden sich keine Zeichen von persistierendem Ductus thyreo-glossus, weder am Hals noch an der Zunge. Schilddrüsentumoren in dieser Gegend scheinen bisher nicht beschrieben zu sein.

FINDER.

57) **M. Kinoshita. Zur Lehre der Mischgeschwülste des Oesophagus.** *Schweiz. med. Wochenschr. No. 7. 1921.*

Beschreibung eines pathologisch-anatomischen Präparates von einer malignen Neubildung sehr komplizierten Baues. Sie wird vom Verf. definiert als „Carcinosarcoma chondromatodes myxomatodes ossificans“.

FINDER.

58) **G. Holz. Radiumbehandlung des Oesophaguskarzinoms.** *Schweiz. med. Wochenschr. No. 20. 1921.*

Verf. kombiniert die Radiumbehandlung (Schluckenlassen der Radiumkapsel)

mit Röntgenbestrahlung von aussen. Der zweite Teil der Behandlung beste Verhütung des Entstehens einer Narbenbildung. Dabei passierte es, dass tro: die Bougierung von kundiger Hand vorgenommen wurde, zwei Patient: Mediastinitis und Peritonitis zugrunde gingen. Die Gefahr des Bougierens Oesophagoskopierens ist sehr gross, da das Gewebe nach der Bestrahlung äu: brüchig ist und beladen mit schwachem Infektionsmaterial. Ausserdem w: Nachblutungen am 6. Tage beobachtet, wenn die Tumornekrosen zur Absto: kamen.

Von Dauerresultaten kann Verf. nicht sprechen, da seine ersten A: dungen von Radium erst $1^1/_2$ Jahre zurückliegen; dass sich das Ca. tatsä: beseitigen läst, zeigen Probeexzisionen, welche an Stelle des Tumors nur Narbengewebe erkennen liessen.

FINDI

59) **Cade** und **Morénas. Oesophaguskrebs bei einem Individuum von 29 J. mit Mega-Oesophagus. (Cancer de l'oesophage chez un sujet de 2: atteint de méga-oesophage.)** *Lyon médical. S. 552. 1921.*

Vom pathologisch-anatomischen Standpunkt ist folgendes interessant: wohl über wie auch unterhalb der durch das Neoplasma bedingten Striktur b: sich eine enorme Dilatation. Es handelte sich um einen Megaösophagus — : scheinlich kongenitalen Ursprungs — in dem sich ein Karzinom entwickelt: infolge Ulzeration des Karzinoms entstand eine Oesophagus-Lungenfistel un: gangränöser Lungenabszess, dieser öffnete sich in die Pleura durch einen Pn: thorax.

Klinisch ist bemerkenswert ausser dem Alter des Patienten von 29 Ja: dass bis zu diesem Jahre der Megaösophagus keinerlei Erscheinungen ge: hatte, ferner dass auch die Entwicklung des intrapulmonalen gangränösen Il symptomlos, ohne Fieber, ohne fötiden Auswurf verlief und erst vermutet w: als schliesslich der Pneumothorax entsand.

FINDI

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Société Belge d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngol: Réunion 20. Februar 1921.

Wissenschaftliche Sitzung.

Krankenvorstellung.

1. Heyninx (Brüssel): Vier Fälle von Dacryocystostomia i: nasalis (nach West-Polyak).

Der erste Fall betrifft einen 78jährigen Patienten mit Ektasie des S: welche die Operation erleichterte. Es wurde zweizeitig operiert. Erst Fre:le und Inzision des Sackes, nach einigen Tagen die Resektion der Tränensack: In diesem wie in den drei anderen Fällen war das Resultat gut.

Aussprache:

Henri Coppez (Brüssel) gibt der Operation von der Haut aus den Vorzug. Die Resultate sind ziemlich gleich (Heilung in etwa 65 pCt. der Fälle). Der endonasale Weg ist schwieriger.

Goris père (Brüssel) findet die Westsche Operation kompliziert. Bei purulenter Dakryozystitis macht er eine grosse bogenförmige Inzision in der inneren Ecke der Orbita. Mit dem kleinen Finger geht er ein und fühlt nach, ob die erkrankten Teile des Siebbeins und des aufsteigenden Astes entfernt sind. Heilung etwa nach fünf Tagen.

van Caneghem (Brügge) machte 10—12 mal die Westsche Operation. Sie ist schwieriger wie diejenige Totis, die Resultate sind schlechter und Rezidive häufig.

de Stella (Gent) hat nur in Fällen von alter purulenter Dakryozystitis endonasal operiert.

Heyninx antwortet, dass nach der Literatur die Westsche Operation in 90 pCt. der Fälle zur Heilung führt, während die anderen Methoden es nur zu 40 pCt. bringen. Bei Fisteln hat West gleich Heilung bekommen, während früher einige Male operiert werden musste. Es ist nicht richtig, wenn man meint, nur bei ektatischem Sack sei die Operation möglich. Den Methoden nach van Lint und Toti fehlt besonders die endonasale Kontrolle, die Gefahr der Infektion und Synechienbildung ist grösser. Auch bei sehr starkem aufsteigendem Ast, wie in einem seiner Fälle, gelangt man nach West zum Ziel. Rezidive kommen meistens durch eine zu geringe Resektion der Tränensackwand. Perilakrymale und ethmoïdale Ethmoiditis lässt sich gerade auf endonasalem Wege gut beseitigen.

Heyninx (Brüssel): Ein Fall von Missbildung des harten und weichen Gaumens.

31 jähriger Mann mit diesen beiden Anomalien: Einen Zentimeter vor dem hinteren Rande des harten Gaumens sieht man zwei kleine Fossae medio-palatinae posteriores. Diese vertreten die Spitzen der Choanae medio-palatinae, welche man bei Ophidiern und gewissen Chelonidern findet. An einem Kopf der Seeschildkröte werden die Verhältnisse demonstriert.

Ausserdem sieht man beiderseits auf dem weichen Gaumen eine longitudinale Erhöhung. Bei der Ringelnatter findet sich ausser den Choanae medio-palatinae posteriores dieselbe longitudinale Erhöhung. Die Missbildungen dieses Falles entsprechen also anatomischen Konfigurationen bei diesen Tieren.

Demonstration anatomischer Präparate.

2. Goris père (Brüssel): Myxo-Lipom des Ligamentum glosso-epiglotticum.

Voluminöser Tumor des Hypopharynx. Ein kleiner Teil sass zur Seite der Epiglottis, welche dadurch im Schlafe umgeklappt wurde. Der andere, grössere Teil nahm die seitliche Partie des Pharynx ein und erschwerte das Schlucken. Der Tumor wurde atypisch operiert. Das Cornu majus und Corpus des Hyoids wurden subperiostal reseziert, um die Insertion der Muskeln zur Zunge zu schonen.

Indem die Wundränder stark auseinandergezogen wurden, konnte die Geschwulst entfernt werden. Das gespaltene Ligamentum glosso-epiglotticum konnte genäht werden und indem der Pharynx nach aussen gezogen wurde, konnte die Pharynxwunde gleich geschlossen werden, so dass vier Tage nach der Operation wieder normal geschluckt wurde.

3. Vanderneken (Brüssel): Grosser subglottischer Tumor durch Thyreotomie entfernt.

Es war ein enormer Larynxpolyp, histologisch Myxom. Gewicht 2,55 g, Grösse 18 × 13 × 25 mm. Nach Goris wurde die Membrana cricothyreoidea durchschschnitten und mit der Moureschen Schere der Thyreoidknorpel gespalten, ohne ganz bis zur Inzisur vorzugehen. Benigne Tumoren von dieser Grösse sind sehr selten. Myxome sind wieder unter den benignen Tumoren die seltensten.

Aussprache: Rousseaux (Brüssel) will hervorheben, dass er derselben Meinung wie Vortr. ist, dass der „fatigue vocale" ätiologisch kein Wert zukommt. Dasselbe ist der Fall mit (Sänger)-Knötchen. Sie sind nicht Folge eines übermässigen Gebrauchs der Sprech- oder Singstimme, sondern Folge einer falschen Bildung der Stimme. Erwähnung von einem Falle von Larynxpapillom, bei dessen Entfernung ein Scheimhautlappen mitgerissen wurde. Starke Dyspnoe und Spasmus waren die Folgen. Mitteilung eines weiteren Falles von Zerstörung des Papilloms in der vorderen Kommissur durch Kaustik mittels Platinabrenners.

4. Hennebert (Brüssel): Vier Speichelsteine.

Einer, der kleinste, mit scharfen Unebenheiten der Oberfläche wurde auf natürlichem Wege entfernt, die drei anderen durch Ulzeration der oberen Wand und Fistelbildung. In einem Falle konnte die Diagnose erst nach dem Röntgenbild gestellt werden.

Aussprache: Beco (Lüttich): Die sehr kleinen Steine machen die grössten Schwierigkeiten.

Vorträge.

1. Henri Coppez (Brüssel): Névrite optique et lésions du labyrinthe postérieur endonasal.

Hervorhebung der anatomischen Verhältnisse, wie man sie aus Onodis Arbeiten kennt. Es werden unterschieden: 1. Perineuritis optica oder totale Transversalneuritis. Man findet sie besonders bei gut charakterisierten Affektionen der Keilbeinhöhlen, bei Empyemen, Mukozelen usw. Die Entzündung schreitet weiter durch die Venae emissariae. Ophthalmoskopisch findet man Neuritis. Die Sehschärfe wird im ganzen herabgesetzt; keine zentralen oder parazentralen Skotome, doch periphere Defekte des Gesichtsfeldes, konzentrisch oder temporal lokalisiert. Diese Läsionen des Optikus sind so ernste, dass Operation keinen Einfluss mehr ausübt und der Kranke nichts oder nur wenig wiedererhält.

2. Die Neuritis axialis oder retrobulbaris. Die verschiedenen Kontroversen über diese Form der durch die Nase verursachten Sehnerventzündung werden näher besprochen. Nach den Statistiken sollen 3—5 pCt. dieser Neuritiden endonasale Ursache haben, aber in 15—20 pCt. wird unbekannte Ursache angegeben. Die Symptomatologie der Neuritis retrobulbaris bei multipler Sklerose

steht der von der Nase aus erzeugten am nächsten. Dass sie 10 und mehr Jahre vor weiteren Symptomen auftreten kann, macht die ätiologische Diagnose besonders schwierig. Das essentielle Symptom für Neuritis retrobulbaris ist das relative oder absolute zentrale Skotom. Ferner wird besprochen das van der Hoevesche Symptom, die Vergrösserung des blinden Flecks. Die Schwierigkeit ist, dass nach manchen Untersuchern auch in Fällen, wo rhinologisch nichts Abnormes zu finden war, endonasale Behandlung, grössere wie Eröffnung der Höhlen, und auch geringere wie Konchotomie, sogar das einfache Einführen von Kokain-Adrenalin günstigen Erfolg hatte. Es wird ferner die Möglichkeit von Kompression, venöser Stase und kollateralem Oedem besprochen. Die erste ist äusserst selten, bei Stase aus anderen Ursachen, z. B. Mediastinaltumor, findet man keine Läsion der Nervi optici. Kollaterales Oedem ist kaum anzunehmen, wenn man an der Schleimhaut der Höhlen keine Entzündung findet. Man kann am ehesten daran denken, wenn röntgenologisch Verschleierung gefunden wird.

Schliesslich stellt Vortr. die Frage, ob ohne jegliches rhinoskopisches, endoskopisches oder radioskopisches Symptom manche Fälle von Neuritis retrobulbaris „Sphenoidektomie“ rechtfertigen. Eine Statistik von White zeigt, dass von 25 Fällen 5, in der ersten Woche operiert, normalen Visus zurückbekamen. Von 5 Fällen, in der zweiten Woche operiert, heilten 2 mit blasser Papille und Atrophie. In der zweiten bis vierten Woche erholt sich der Visus zwar noch, aber immer mit blasser Papille. Im zweiten Monat sind Besserungen seltener und weniger ausgesprochen. Nach dem zweiten Monat sind keine Besserungen mehr zu erhoffen. Vortr. meint, dass man sich an Whites Schlussfolgerung, dass, wenn nach einer Woche keine spontane Besserung eingetreten ist, Gefahr für Erblindung droht und absolute Notwendigkeit zum Eingriff besteht, halten soll. Die Eröffnung des Sinus wirkt durch die „Ventilation“ und Entfernung von eventuell toxisch auf den Nerven wirkendem Sekret. Manchmal hat schon die einfache „Lüftung“ durch Kokainapplikation ein gutes Resultat auf die Augenerkrankung. Ein betreffender Fall wird erwähnt.

Aussprache:

Goris meint, dass „Ventilation“ die Heilung nicht verursachen kann, da doch normal die Höhle nicht ventiliert wird. Auch kommt so baldige Besserung, wie im erwähnten Fall, sonst bei Lähmung von Nerven nicht vor.

Béco (Lüttich) hält die Schwierigkeit, sich bei negativem Resultat zur Operation zu entschliessen, doch für sehr gross. Einfache Skarifikation der mittleren Muschel hat auch schon grosse Besserung gegeben. Wenn Nasenveränderungen bestehen, ist das Verhalten des Rhinologen gegeben.

Marbaix (Tournai) erwähnt den Fall einer 59 jährigen Dame, welche während zweier Monate an rechtsseitigem Kopfschmerz mit Erbrechen litt. Seit einem Monat Ptosis und Paralyse des Okulomotorius rechts. Sensibilitätsverlust im Gebiet des N. maxillaris superior. Normaler Visus. Wassermann negativ. Pat. gibt an, Blut und Eiter rechts zu schnauben. Sinus sphenoidalis ohne Befund. Luc (Paris) entfernt die Vorderwand des Sinus und macht eine Spülung. Er findet nichts. Am nächsten Tage jedoch schnäuzt die Patientin viel Blut und

einen Tag später sind alle Erscheinungen geschwunden. Vielleicht lag doch e… syphilitische oder banale Entzündung im Sinus vor. Die Blutung hat ferner be… getragen zur Lösung eines Infiltrats um die Nerven durch Anregung der R… sorption.

Henri Coppez: Es sind noch viele dunkle Punkte in den Beziehungen … Neuritis optica zur Keilbeinhöhle. Festzuhalten ist, dass das zentrale Bün… des Optikus besonders für Giftwirkung empfindlich ist. In den angeführten Fäll… ist der Nerv vergiftet, aber doch so leicht, dass Besserung in wenigen Stund… eintreten kann. Es handelt sich gewiss nicht um hysterische Erscheinungen.

4. de Stella (Gent): Tumor der Hypophyse.

Der Patient bekam als 15jähriger Knabe plötzlich heftige Kopfschmerz… welche sich nach einem Monat besserten. Der Visus wurde allmählich schlecht… um nach 4 Jahren ganz zu verschwinden. Ausserdem Zurückbleiben des Längen-wachstums. Man findet deutliche Erscheinungen von Myxödem. Blasse Schle… häute, Kopfhaar dünn, zart und brüchig, Achsel- und Schamhaare fehlen; Tes… klein. Schilddrüse sehr hypertrophisch; Puls 120. Exophthalmus, total bl… auf dem linken Auge, rechts sehr geringe Lichtempfindung auf dem lateral… Teil der Netzhaut. Auf dem Röntgenbilde starke Vergrösserung der Sella turci… Die Keilbeinhöhle macht durch den Tumordruck einen Vorsprung in das Kav… welches letztere sehr klein ist. Zunehmende Nasenverstopfung. Es bestand … diesem Falle also eine Dystrophia genitalis adiposa mit Basedowsymptomen. An-fänglich halfen Schilddrüsen- und Hypophysenpräparate, aber zuletzt kam d… Myxödem doch zurück. Es soll ein Versuch mit Röntgentherapie gemacht werd…

5. Fernandes (Brüssel): Sarkom des weichen Gaumens, sich a… die lateralen Pharynxwände ausbreitend.

Galvanokaustische Exstirpation anderweitig gemacht, hat nicht geholf… Nach Röntgenbehandlung im Munde sehr starke Reaktion.

6. van Caneghem (Brüssel): Sinusitis frontalis durch Arbeit… unfall.

Leichter Stoss gegen die Stirn. Keine äussere Wunde, keine Schwellun… keine Ekchymose. Nach 8 Tagen Kopfschmerzen, Schwellung, auch des Augen-lides, Fieber. Nach 2 Wochen Kernig positiv, mässige Hypersensibili… Trousseausches Zeichen. Etwas Eiter zwischen mittlerer Muschel und Septum… Operation mit Killianschem Schnitt. Eiter über dem Stirnknochen. Vorde… Wand der Stirnhöhle wie wurmstichig. Vordere Wand mit entfernt. Die Stirn… höhle voll Eiter und im vorderen Siebbein geschwollene Schleimhaut und Eiter. Hinterwand des Sinus nicht kariös. Staphylococcus aureus. Am nächsten Tag… Meningitis mehr ausgesprochen. Im klaren Lumbalpunktat keine Bazillen, Zell… normal. Der Kranke wird jedoch besser, am linken Fuss tritt eine Schwellung auf, welche auch wieder verschwindet. Nach einem Intervall von 6 Wochen wieder Schwellung der Stirnhöhle; bei der Eröffnung findet man einige Granu-lationen und es wird drainiert. Es bildet sich ein Abszess an der Haargrenze … Staphylokokken und auf dem behaarten Kopf mehrere, welche eröffnet werden, ein… Sequester werden entfernt. Schliesslich ohne Fieber wieder Verschlimmerung …

ausgesprochenen Hirnsymptomen. Revision der Wunde und Freilegung der Dura. Diese ist an 4 Stellen mit Granulationen bedeckt. Die Infektion scheint vom Periost ausgegangen zu sein. An einer Stelle findet man einen Hirnabszess, welcher eröffnet wird. Nach anfänglicher Besserung stirbt der Patient. Bei der Autopsie wird ausgebreitete Karies, 12—13 cm über der Nasenwurzel, gefunden. Um den Abszess herum Enzephalitis, Periventrikulitis.

Der Fall ist interessant, weil hier sicher das Trauma durch einen bestehenden Infektionsherd so starke Folgen gehabt hat. Ferner wird der Ernst einer Staphylokokkenosteomyelitis des Stirnbeins offenbar.

Ferner Otologisches. (Nach dem offiziellen Protokoll.) van Gilse.

---

b) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 10. Dezember 1920.

Vorsitzender: Heymann.

Haike 1. demonstriert eine Patientin mit Epitheliom des Naseninnern, 2. berichtet er über eine 75jährige Frau mit ausgedehntem gangränösem Zerfall der einen Tonsille. Es stellte sich schliesslich heraus, dass es sich um Rundzellensarkom handelte.

Lautenschläger zeigt Fälle operativ geheilter Ozäna. In der Nasenhöhle keine Synechie, keine Spur von Fötor oder Borkenbildung, Topographie vollkommen wiederhergestellt. Nasenspülungen nicht mehr nötig. Bemerkenswert ist, dass das Geruchsvermögen sich wieder eingestellt hat, ein Beweis, dass der N. olfactorius und das Geruchsepithel unter dem Einfluss des chronisch-atrophischen Prozesses nicht verloren gehen.

Ferner demonstriert L. mikroskopische Präparate aus der Kieferhöhlenschleimhaut eines Ozänakandidaten (Atrophie s. Pharyngitis sicca, kein Fötor, keine Borkenbildung). Auffällig ist die enorme Verdickung der Basalmembran. L. weist wiederholt darauf hin, dass bei chronischen Nebenhöhlenerkrankungen kein freier Eiter vorhanden zu sein braucht, dass die Schleimhaut dünn sein kann und dass trotzdem, wie hier, mikroskopisch alle Erscheinungen der chronischen Entzündung nachzuweisen sind.

Minnigerode zeigt einen 26jährigen Patienten mit Karzinom der rechten Stimmlippe.

Finder erinnert an die von B. Fränkel mit dauerndem Erfolg endolaryngeal operierten Fälle von Stimmlippenkarzinom, er selbst verfügt über 2 so operierte Fälle, die viele Jahre geheilt blieben.

Scheier hat ebenfalls einen 62jährigen Mann, bei dem er ein Stimmlippenkankroid endolaryngeal entfernt hatte, da der Pat. seine Einwilligung zu einer äusseren Operation nicht geben wollte, noch 10 Jahre lang beobachten können, bis der Pat. an einer interkurrenten Pneumonie starb.

Seiffert stellt einen Patienten vor, bei dem Killian wegen Karzinom die Laryngektomie gemacht hat.

A. Bruck zeigt einen Fall von ulzeriertem Epitheliom des Nas
eingangs, bemerkenswert wegen der ungewöhnlich langen klinischen Beob
tungsdauer und in pathologisch-anatomischer Hinsicht.

Bereits 1909 wurde im Naseneingang eine stielförmig aufsitzende Warze
statiert, etwa an der Uebergangsstelle zu der hinteren Umrandung zur Sch
wand; 1917 war die Warze erst erbengross, sie wurde von einem Spezialisten
fernt und der Grund galvanokaustisch geätzt. Einige Zeit darauf hat B. den
in der Hals-Nasenpoliklinik der Charité gesehen und ein Bild von ihm angefert
dieses zeigt eine ziemlich stark zerklüftete höckrige Wucherung, die hauptsäch
am Septum emporstrebt; die Diagnose lautete auf „Warze am Naseneingang".
wurde Ausschneidung mit nachfolgender Bestrahlung angeraten, Pat. ging
darauf nicht ein, sondern liess sich 1920 wieder in einer Poliklinik mit Galv
kaustik behandeln. Seit Mai d. J. hat sich das Bild wesentlich geändert:
Wucherung wuchs stärker und nahm ulzeröse Beschaffenheit an, während
zugleich Fötor einstellte. An den Rändern schossen zahlreiche Exkresz
empor, die wie spitze Kondylome aussahen. Die ganze Partie war empfindlich,
Schmerzen strahlten nach dem Auge aus. Gegenwärtig ist eine grosse, den
linken Naseneingang einnehmende, z. T. oberflächlich zerfallende Wucherung
schmierigen Rändern vorhanden, die vielfach mit spitzen Exkreszenzen bed
sind. Die Wucherung greift noch am Septum empor, nimmt nach aussen
Innenseite des Nasenflügels ein, geht auf die Haut der Oberlippe über, wo sie
durch einen höckerigen Wall abhebt.

Probeexzision ergibt keine maligne Neubildung, sondern lediglich ein Fib
Epithelioma papillare.

Finder hält den Fall für ein Papilloma durum.

Halle berichtet über vier bemerkenswerte Unfälle bei Operationen.
leitend betont er, dass es sich wohl sehr empfehlen würde, des öfteren über
fälle bei Operationen zu berichten.

Fall 1. Ein Knabe von 8 Jahren trägt seit seinem zweiten Lebensjahr
Kanüle, deren Entfernung sich wegen Atmungsstörungen als unmöglich er
Aber auch durch die viel zu eng gewordene Kanüle ist eine genügende Atm
nicht möglich. Die Untersuchung ergibt, dass sich in der Trachea um die Kan
herum ein derbes fibröses Gewebe entwickelt hat, dessen Entfernung etwa
oben ausgeschlossen ist.

Die Trachea wird daher in lokaler Anästhesie eröffnet, das fibröse Gew
so herausgeschnitten, dass der häutige Ueberzug erhalten bleibt, so dass er,
ausgiebiger Entfernung alles Narbengewebes, mit der Mukosa der Trachea d
wenige feine Katgutnähte vereinigt werden kann, wodurch die Bildung einer
Stenose verhütet werden soll. Die Trachea hat eine normale Weite, Blutung
kaum aufgetreten und besteht auch zum Schluss der Operation nicht. Die Atm
durch die mit einem Tupfer sorgsam verschlossene Trachea ist leicht und
Stenoseerscheinungen. So beschloss Halle eine primäre Naht. Die Musk
wurde über der fast völlig zusammengehenden Trachealwunde mit Katgut
Haut mit Seide vernäht. Die Atmung blieb während der nächsten Stunde

so dass anzunehmen war, dass auch etwa später auftretende geringe Schwellung keine Störung hervorrufen würde.

Vier Stunden später aber wurde Halle wieder nach der Klinik gerufen wegen schwerer Atmungsstörungen. Es blieb die Wahl zwischen sofortiger Wiedereröffnung der Wunde oder Intubation. Halle entschloss sich zu letzterer. Die gewählte normale Tube hatte ein Lumen von mindestens der doppelten Grösse der bisher getragenen Kanüle. Den von der Schwester befestigten Faden entfernte Halle, um zu verhindern, dass der Junge daran versehentlich zöge.

Die Tube wurde ohne Kokain eingeführt. Unmittelbar darauf trat allerschwerste Dyspnoe auf, und nach Sekunden, bevor an irgendeine Maassnahme zur Entfernung der Tube gedacht werden konnte, brach der Junge, wie vom Blitze getroffen, zusammen. Der Mund war krampfartig geschlossen.

Bei der gebotenen höchsten Eile konnte an eine Entfernung der Tube durch den Mund nicht gedacht werden. Schnellstens wurden die Fäden aufgeschnitten, die Muskulatur auseinandergerissen und die Trachea freigelegt. Durch die bisherige Oeffnung wurde die Tube schleunigst nach oben gestossen, entfernt und künstliche Atmung eingeleitet. Nach bangen Viertelstunden war alles in Ordnung.

Der weitere Heilverlauf war normal. Nach kürzester Frist war die Wunde geschlossen, die Atmung regelmässig und frei und ist gut geblieben.

Auffallend ist der plötzliche Atemstillstand trotz eines an sich völlig genügenden Lumens der Kanüle, die auch nicht etwa durch Blut verstopft war. Es muss sich um einen auch sonst wohl schon beobachteten Vagusreiz gehandelt haben. Ein Fehler war auch das Einführen der Tube ohne Faden, wenn es auch zweifelhaft erscheint, ob die sofortige Entfernung der Tube ohne Wiedereröffnung der Wunde angesichts des höchst bedrohlichen Zustandes genützt hätte.

Fall 2. Behufs intranasaler Operation und Freilegung des Siebbeins und der Stirnhöhle wurde neben sonstiger lokaler Betäubung durch Einreiben von 10proz. Kokain- und Injektion von $^1/_2$proz. Novokain-Suprareninlösung in der Nase auch der N. ethmoidalis anterior mit der gleichen Lösung injiziert, wie es Halle bis dahin bei Hunderten von Patienten mit bestem Erfolge getan hatte. Die Operation ging bei dem 45jährigen Manne ohne Schwierigkeiten vonstatten. Der in einer Augenklinik weilende Patient litt an Syphilis, hatte infolgedessen das Augenlicht links verloren und war wegen Herabsetzung des Sehvermögens rechts in Behandlung. Der Augenarzt hatte eine Erkrankung der Nebenhöhlen angenommen, was sich bestätigt hatte. Eine Beeinflussung des Auges durch die Eiterung war befürchtet worden.

Am Tage nach der Operation war eine starke Schwellung des rechten Auges aufgetreten, von der Halle Mitteilung gemacht wurde. Da solche recht häufig ist und sonst keine Erscheinungen gemeldet worden waren, wurde ihr keine Bedeutung beigelegt. Am nächsten Tage wurde über sehr starke Schwellung und quälende Schmerzen im Auge berichtet. Bei der sofortigen Kontrolle wurde eine enorme Schwellung der Augenlider, stärkste Chemosis gefunden, und der Patient klagte über furchtbare Schmerzen im Auge. Die ganz kleinen in der Nase vorhandenen Gazestreifen wurden entfernt. Da der Patient in der Augenklinik

lag, musste die Begutachtung des Auges dem Augenarzt überlassen bleiben. Als aber die Erscheinungen am nächsten Tage sich nicht gebessert hatten und Patient angab, in dem Auge, das sich nur unter grössten Schmerzen sehr wenig öffnen liess, keinen Lichtschimmer zu haben, schlug Halle die sofortige Eröffnung der Orbita vor. Diese wurde gemacht und zur Druckentlastung der Orbita die ganze Lamina papyracea entfernt, um ein Ausweichen nach der Nase zu zu ermöglichen. Eiter wurde nicht gefunden.

Die Operation hatte keinen Erfolg mehr. Das Auge war und blieb blind! Nach 8 Tagen wurde temporalwärts ein kleiner Eiterherd gefunden, der aber kaum irgendeinen Einfluss auf die Vernichtung des Sehvermögens gehabt haben dürfte. Man könnte zwar eine Infektion des Optikus annehmen. Aber näher liegt doch wohl, daran zu denken, dass eine offenbar im Anschluss an die Injektion in die Orbita zum Zwecke der Anästhesierung des Ethmoidalis langsam einsetzende Blutung allmählich eine so enorme Schwellung der Weichteile herbeigeführt hatte, dass der Orbitalinhalt nach vorn durch die gewaltig geschwollenen Lider hindurch keine genügende Ausweichsmöglichkeit hatte. Da die Lamina papyracea geschlossen war, so wurde der intraokulare Druck so stark, dass der Optikus geschädigt wurde.

Fall 3. Ein Patient, sonst gesund, leidet an einer chronischen Eiterung des rechten Siebbeins und der Stirnhöhle. Operation in lokaler Anästhesie, die in gleicher Weise wie bei dem oben beschriebenen Patienten gemacht wurde. Auch der Ethmoidalis anterior wurde wieder mit $^1/_2$proz. Novokainlösung durch Injektion in die Orbita an typischer Stelle anästhesiert.

Am Tage nach der Operation wurde über starke Schwellung des rechten Auges bei dem nach Hause entlassenen Patienten berichtet. Es wurde aber auf eingehendes Befragen keinerlei Schmerz angegeben. Deswegen wurde die Schwellung als harmlos angesehen. Der Zustand war aber am nächsten Tage der gleiche geblieben. Es bestand eine erhebliche, wenn auch nicht übermässige Schwellung der Lider und eine mässige Chemosis. Aber die Pupille war starr! Der kleine Gazestreifen wurde aus der Nase entfernt und der Patient sofort zu einem Augenarzt geschickt, der feststellte, dass kein Sehvermögen vorhanden war. Sofortige breiteste Eröffnung der Orbita von aussen, Entfernung der Lamina papyracea, allgemeine und örtliche Behandlung waren ohne Erfolg. Patient war und blieb auf dem Auge blind!

Hier bestand keine konstitutionelle Krankheit, es wurde kein Eiterherd gefunden, es bestand nur die starke Schwellung, die wieder offenbar infolge einer langsamen aber dauernden Blutung durch Anstechen eines venösen Gefässes bei der Injektion in die Orbita entstanden war. Man könnte natürlich auch hier an eine Infektion des Optikus durch die bestehende Eiterung denken, die durch die Operation mobilisiert worden war. Aber es bestanden bei beiden Patienten keine sonstigen Erscheinungen von Infektion, bei beiden trat die Erblindung spätestens am zweiten Tage nach der Operation im Anschluss an eine sehr starke Schwellung der Lider und in der Orbita auf.

Es scheint daher kaum zweifelhaft zu sein, dass in beiden Fällen der sehr starke intraorbitale Druck den Optikus bis zur Erblindung geschädigt hat.

Deswegen erscheint es Halle als dringendste Pflicht, vor einer Injektion in die Orbita zu warnen, wenn man den Ethmoidalis anästhesieren will, es sei denn, dass man von aussen operiert oder die Lamina papyracea entfernt, damit der Orbitalinhalt ausweichen kann. Man kann diese Injektion um so leichter vermeiden, als sich eine durchaus zuverlässige Anästhesierung des in Frage kommenden Gebietes auch ohne diese Injektion erzielen lässt.

Fall 4. Operation des Siebbeins und der Stirnhöhle links wegen chronischen Empyems mit ziemlich reichlichen Polypen. Breiteste intranasale Freilegung des ganzen Siebbeins, auch der vordersten Zellen und des Infundibulums nach dem Verfahren von Halle. Aus der Stirnhöhle ragt in das Infundibulum ein grosser Polyp, der mit einer Schäferschen Zange gefasst wird. Bei der Extraktion hörte man einen lauten Knall. Der Polyp hatte eine ungewöhnliche Grösse. Sonst aber waren in der Stirnhöhle nur kleine polypöse Gebilde erreichbar. Verlauf am ersten Tage gut. Am zweiten Tage plötzlich Ansteigen der Temperatur von 37,1° auf 40,3°. Schnell eintretende Unbesinnlichkeit. Sofortige Freilegung der Stirnhöhle von aussen. Es wird nicht die geringste Läsion der Tabula interna gefunden. Die Stirnhöhle zeigte wenig veränderte Schleimhaut. Nach der Nase zu bestand eine breite Oeffnung, die bei der intranasalen Operation geschaffen war. Die oben freigelegte Dura zeigte keinerlei Veränderung. Lumbalpunktat ergab getrübtes Punktat mit zahlreichen Leukozyten. Tod nach zwei Tagen.

Die sorgfältigst ausgeführte Autopsie ergab eine Konvexitätsmeningitis. Die Basis war völlig frei, insbesondere in der Gegend der Lamina cribrosa weder makroskopisch noch mikroskopisch Erkrankungen. Der Knochen war weder hier noch sonst im Bereich der Tabula interna irgendwo auch nur oberflächlich lädiert.

Die Ursache der Meningitis ist nicht ganz leicht zu erklären. Sicher ist sie auf dem Wege der Lymphbahnen entstanden. Möglich erscheint es, dass bei der Entfernung des Polypen, der unter so grossem Knall aus dem Infundibulum entfernt wurde, die in die luftverdünnte Stirnhöhle mit Gewalt eindringende Luft Keime aus der Nase in die Lymphbahnen hineingeschleudert hat. Ein in der Operationsmethodik oder -technik zu suchender Fehler besteht nicht.

Sitzung vom 14. Januar 1921.

Vorsitzender: Killian.

Zum Vorstand für das Jahr 1921 werden gewählt: 1. Vorsitzender: Killian, 2. Vorsitzender: Heymann, Schriftführer: Gutzmann, Stellvertretender Schriftführer: Finder, Kassenwart: Kirschner, Bibliothekar: Kuttner.

Heymann demonstriert einen Pat. mit Perichondritis des Schildknorpels mit Granulationen in der vorderen Kommissur.

Hirschfeld glaubt auf der Spitze der Geschwulst durchscheinenden Eiter zu sehen; er meint also, es handelte sich um Durchbruch einer Perichondritis purulenta.

Es sprechen ferner dazu Killian, Finder, A. Meyer.

Minnigerode: Ueber Halsfisteln.

M. hat in letzter Zeit in der Halsklinik der Charité 3 Fälle von „lateraler Halsfistel" beobachtet. Er gibt einen Ueberblick über die Literatur der Halsfisteln; die erste gründliche auf entwicklungsgeschichtlichen Untersuchungen basierende Arbeit war die von Kostenecki und Mielicki 1890, sie erkannten, dass die Lage der äusseren Fistelöffnung keinen Rückschluss gestatte, von welcher Branchialfurche die Fistel stamme, ferner, dass die 3. und 4. Branchialfurche kaum für ihre Herkunft in Frage komme, dagegen meist die zweite.

Vortr. setzt die entwicklungsgeschichtlichen Bedingungen auseinander, unter welchen es zur Bildung einer lateralen Halsfistel aus der 2. Branchialfurche kommt. Er bespricht ihren Entstehungsmodus, ihre Anatomie und Topographie, den mikroskopischen Bau der Fistelgänge, die klinischen Verhältnisse und die Therapie.

Sitzung vom 11. Februar 1921.

Vorsitzender: Heymann.

In der Diskussion zu dem Vortrag von Minnigerode: „Ueber Halsfisteln" berichtet Hirschfeld über einen Fall seiner Beobachtung.

Es hatte sich um einen jungen Mann gehandelt, der eine Fistel zeigte, deren einer Eingang 3 cm unter dem Ohrläppchen, deren anderer Eingang ganz vorne am Boden des Gehörgangs lag. Von beiden Seiten konnte man mit der Sonde eindringen, aber man konnte nicht von einem Ende der Fistel zur anderen mit der Sonde durchdringen. Der Fall ist wohl in der Literatur ein Unikum; eine embryologische Erklärung konnte damals niemand, auch nicht Herr Geheimrat Hertwig, geben. Da die Fistel aber wohl in das Gebiet der mit der Bildung der Kiemenspalten zusammenhängenden Fisteln gehört, ist der Vortragende vielleicht im Stande eine Erklärung zu geben.

Sturmann: Die Fistula auris congenita hat gewöhnlich ihren Sitz dicht vor dem Helix ascendens, der Gang verläuft horizontal nach hinten und endet blind in der Ohrmuschel. Bemerkenswert erscheint ein Fall, den ich vor einigen Monaten bei einer 27jährigen Frau operiert habe. Diese wurde zwei Jahre vorher an einem Abszess oberhalb der Ohrmuschel operiert, der offenbar durch Verstopfung der Fistel entstanden war, hatte aber bis dahin nichts von dem Bestehen der Missbildung gewusst, während sich sonst stets in den ersten Lebensjahren diese Fisteln schon durch ihre Absonderung bemerkbar machen.

Anthon: Untersuchungen über Stomatitis ulcero-membranacea. Zugleich ein Beitrag zur Einteilung der Fusospirochätosen.

Gerber hat die Forderung aufgestellt: „In Zukunft werden wir unter die Kapitel der Munderkrankungen ein neues von den Spirochätosen einzureihen haben." Gemeint sind die Krankheitsformen der Mundrachenhöhle, bei denen Spirochäten und fusiforme Bazillen in grossen, etwa vorhandene andere Mikroorganismen weit überwiegenden Massen angetroffen werden, und die durch die Salvarsanpräparate geheilt oder erheblich gebessert werden können. Damit ist gleichzeitig auf die ätiologische Bedeutung, sowie auf vorherrschende Stellung der

Spirochäten innerhalb der „fusospirillären Assoziation oder Symbiose" (Plaut) hingewiesen. Beidem, dem bakteriologischen Befund, wie der modernen Auffassung, dass es sich um Spirochätenkrankheiten handelt, trägt die von Anthon gewählte Bezeichnung Fusospirochätosen Rechnung. Unter Verwertung der Arbeiten aus der Gerberschen Schule, von Kolle, Plaut u. a. würde sich folgende Einteilung der Fusospirochätosen ergeben:

1. Stomatit. ulc.-membr.
   a) Angina ulc.-membr. seu Angina Plauti;
   b) Stomat. ulc.-membr. im engeren Sinne.
2. Stomat. ulcerosa seu Stomakace.
   a) Stomat. simplex;
   b) im Gefolge von Stoffwechsel- nnd Ernährungsstörungen, Blutkrankheiten (Rachitis, Skrofulose, Diabetes, Gicht, Leukämie);
   c) bei hämorrhagischer Diathese (hauptsächlichster Repräsentant die Stomat. scorbutica);
   d) nach Vergiftungen mit Metallen oder Metalloiden oder deren Salzen (hauptsächlichster Repräsentant die Stomat. mercurialis).
3. Die kontagiöse, gingivitische Form der Alveolarpyorrhoe (Kolle).

Damit ist die Bedeutung der fusospirillären Symbiose nicht erschöpft. Es ist hinzuweisen auf die bakteriologischen Befunde bei Stomat. gangraenosa seu Noma, bei Laryngit. ulc.-membr., bei Lungengangrän, Lungenabszessen, fötiden Lungenprozessen, Ulc. tropic., gewissen Dekubitalgeschwüren und Geschwüren nach Bisswunden, Ulc. aphthos., bei gewissen Formen von Ohreiterungen usw., auch auf den oftmals günstigen Einfluss des Salvarsans bei diesen Erkrankungen.

Die Untersuchungen Anthons über Stomat. ulc.-membr. erstrecken sich auf 98 Fälle. Sie wurden im Laufe eines halben Jahres, von Sommer bis Winter 1920, gesammelt und stellen mit einiger Genauigkeit das gesamte poliklinische Material dieser Krankheitsform in dem genannten Zeitraum dar. In dieser Zahl von 98 Fällen sind enthalten:

19 Fälle, bei denen sich die ulzeromembranöse Affektion sich auf 1 Tonsille nebst direkter Umgebung und die Mundschleimhaut in ausgesprochener Weise erstreckte (Stomat. ulc.-membr.),

66 Fälle, bei denen die Affektion 1 Tonsille, event. mit Einschluss der etwa vorhandenen Plica triangularis, und höchstens noch einen oder beide zugehörigen Gaumenbögen ergriffen hatte (Angina ulc.-membr. seu Angina Plauti),

2 Fälle, in denen beide Tonsillen mit Einschluss der Gaumenbögen an Angina Plauti erkrankt waren — hier bestand gleichzeitig eine akute Angina lacunaris,

11 Fälle, bei denen die Affektion ausschliesslich die Mundschleimhaut, also nicht die Tonsillen mitergriffen hatte (Stomat. ulc.-membr. im engeren Sinne).

Erkrankt waren 66 männliche Personen im Durchschnittsalter von 22 Jahren und 32 weibliche im Durchschnittsalter von 20 Jahren. Unter 14 Jahren befanden sich 4 darunter, sämtlich Jungen, Erwachsene über 30 Jahren 10. Der älteste Mann war 51 Jahre, die älteste Frau 46 Jahre, das jüngste Kind 8 Jahre alt.

In 98 pCt. aller Fälle von Plautscher Angina, auch bei den 4 Kindern, wa eine mehr oder weniger schwere Gingivitis catarrh. marginal., von der hyperämischen bis zur ulzerierten Form, vorhanden. Die Gingivitis hatte mit Vorlie- die Molaren befallen, besonders die oberen, und zwar die Stelle, die dem Du Stenonian. gegenüberliegt. Taylor und Kinstry, die von peridentaler ode marginaler fusospirillärer Gingivitis sprechen, haben diese bei allen Erwachsen mit Plautscher Angina gefunden. Kinder mit Plautscher Angina zu untersuch hatten sie keine Gelegenheit.

Die Gingivitis geht der Plautschen Angina voraus.

Die Plautsche Angina ist nicht an das Vorhandensein einer chronisch Tonsillitis gebunden. Eine solche mit ausgesprochener Pfropfbildung fand si nur in 18 pCt. der Fälle.

Die Plautsche Angina beginnt vorzugsweise am oberen Pol der Tonsille, i der Nähe des Recessus palatinus oder nimmt aus ihm ihren Anfang.

Der Recessus palatinus gesunder Tonsilsen wurde auf fusiforme Bazille und Spirochäten untersucht. Erstere fanden sich in 90 pCt., letztere in kau 5 pCt. der Fälle (Giemsafärbung).

Dieser Befund, sowie die Tatsache der vorausgehenden Gingivitis mit ihre vermehrten und durch den Entzündungsprozess vielleicht aktivierten Spirochät lassen sich möglicherweise für die Erklärung der Pathogenese der Plautsch Angina verwerten.

Bei der bakteriologischen Untersuchung ganz frischer Fälle der ulzerös Form der Plautschen Angina wurde die Sp. tenuis und die Sp. recta, die vo Gerber als wahrscheinliche Erreger angesehen werden, nicht nachgewiesen (Me thylenblau- und Giemsa-Färbung). Vielmehr fand sich eine kräftige Spiroch mit flachen und unregelmässigen Windungen, die morphologisch am meisten d Sp. inaequalis der Hoffmannschen Einteilung glich.

Zur vergleichenden Behandlung der Stomat. ulc.-membr. und der Ang Plauti wurden Vuzin in 1—10proz. Lösung, 5proz. Salizylsäure in gleichen Te Spiritus und Glyzerin gelöst, die 3—10proz. Höllensteinlösung, die 10pr alkoholische Methylenblaulösung der Franzosen, das Neosalvarsan lokal und int venös, auch kombiniert und in verschiedenster Applikationsform, das von St empfohlene Tuberkulin „Rosenbach", schliesslich Urotropin intravenös ang wandt. Die Kranken wurden sämtlich ambulant behandelt. Zu Hause hatten 2stündlich mit verdünntem Wasserstoffsuperoxyd zu gurgeln.

Bei der Plautschen Angina bewährte sich am besten die 5proz. Chro säurelösung. Nach vorhergehender Abreibung der Tonsille mit einem in Wass stoffsuperoxyd getauchten Wattetampon wurde die Chromsäurelösung in d erkrankten Partien eingerieben. Ein etwaiger Ueberschuss wurde durch an schliessendes Gurgeln entfernt. Zur Heilung genügte meist eine an 3 aufeinand folgenden Tagen einmal täglich ausgeführte Pinselung. In einigen Fällen e einzige Einreibung. Die Chromsäurelösung ist übrigens das billigste der ob angeführten Medikamente. Urotropin enttäuschte. Vom Tuberkulin „Rosenba sahen wir keine Wirkung auf die Plautsche Angina. Das Neosalvarsan wirkte einigen Fällen gut, in anderen weniger. Dagegen war die Wirkung bei der intr

venösen Einverleibung in einzelnen Fällen von ulzeromembranöser Zahnfleisch- und Mundschleimhautentzündung verblüffend. Einen schnellen Erfolg hatten wir von intravenöser Injektion von Neosalvarsan in Verbindung mit lokaler Anwendung der Salizylsäurelösung. Vuzin, Methylenblau, Arg. nitr. haben hier keine Vorzüge.

Sitzung vom 11. März 1921.

Gedächtnisfeier für den verstorbenen ersten Vorsitzenden der Gesellschaft Gustav Killian.

Die Feier, an der ausser den Angehörigen des Verstorbenen der Vertreter der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums, ferner des Ministers für Kunst, Wissenschaft und Volksbildung, der Charitédirektion, sowie zahlreiche Freunde des Verstorbenen teilnahmen, fand im Hörsaal der Klinik für Hals- und Nasenkranke der Charité statt.

Gedächtnisreden wurden gehalten von P. Heymann, der die wissenschaftlichen Leistungen Killians und seine Verdienste um die Berliner Laryngologische Gesellschaft würdigte, von v. Eicken, der Killian in der Entwicklung seiner Lehrtätigkeit schilderte, und von Gutzmann, der den Verstorbenen als Freund und Menschen darstellte.

Gutzmann.

---

c) Section of Laryngology Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 1. April 1921.

Vorsitzender: Jobson Horne.

Archer Ryland: Eine zeitgenössische Mitteilung über einen Fall von Pharynxdivertikel, der zuerst im Jahre 1764 berichtet wurde.

Der Fall betraf einen 60jährigen Mann, der nicht imstande war zu schlucken; er wurde von Ludlow im Jahre 1764 an William Hunter berichtet. Die post mortem ausgeführte Untersuchung der Divertikelwand zeigte, dass sie aus der gesamten Substanz der hinteren Pharynxwand bestand. Die Gleichmässigkeit und Dicke beider verhielt sich so, dass es unmöglich war, festzustellen, an welcher Stelle die Dilatation ihren Anfang nahm.

W. Hill führte aus, dass, wenn die Wand der sog. Tasche Muskelfasern enthielt, es sich nicht um das übliche Pharynxdivertikel handelte, sondern um ein Oesophagusdivertikel.

Philip Franklin: Fall von lateralem Proboskis.

Ein männliches Kind mit einem Anhängsel, der zwischen Nase und rechtem Auge hervorragte. Ein im Zentrum verlaufender Kanal, aus dem flüssiges Sekret herauskommt, kann bis zur Tiefe der Orbitalhöhle verfolgt werden.

G. W. Dawson: 1. Grosse Zahnzyste.

44jährige Frau mit einer grossen linksseitigen Zahnzyste, die seit 25 Jahren besteht. Sie enthält dicken Eiter und scheint die Kieferhöhle völlig obliteriert zu haben. Die Vorderwand wurde abgetragen und die Zystenmembran entfernt.

2. Retentionszyste vom Boden der linken Nasenhöhle nebst Präparat, von einer ähnlichen Zyste, die bei demselben Patienten letztes Jahr von der rechten Nasenhöhle entfernt wurde.

Das bemerkenswerte an dem Fall ist die Doppelseitigkeit der Retentionszysten.

Dan M'Kenzie: Scharlachnarben im Pharynx.

Patientin hatte als 5jähriges Kind Scharlach gehabt; aus der Anamnese geht nichts hervor von Halsentzündungen, von Operationen im Rachen; Wassermann negativ. Die dünne Narbe mit glatter Oberfläche und feinen Rändern sieht nicht nach einer alten syphilitischen Veränderung aus.

W. G. Dawson: Tumor des Stirnbeins.

65jähriger Mann mit harter, glatter, schmerzloser Schwellung in der Mitte der Stirn über der Glabella, die seit 7 Wochen besteht. Nasale Eiterung und Polypen. Mikroskopische Untersuchung: Plattenepithelkrebs.

(Journal of Laryngology and Otology.)

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVIII. Januar 1922. No. 1.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **G. Bradt** (Berlin), **Calamida** (Mailand), **R. Dreyfuss** (Frankfurt a. M.), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **F. Hanszel** (Wien), **R. Hoffmann** (Dresden), **R. Imhofer** (Prag), **G. Jonquière** (Bern), **R. Kotz** (München), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **R. Lund** (Kopenhagen), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Berlin 1922.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

(Heft 1—3, Jahrgang 1922.)

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVIII. Berlin, Januar. 1922. No. 1.

I. Referate.

a) Allgemeines; obere Luftwege.

1) **Alfred Eliassow. Ueber pseudomembranöse und nekrotisierende Entzündung der Luftwege bei der epidemischen Grippe und ihr sporadisches Auftreten ausserhalb derselben.** Aus dem pathol. Inst. Frankfurt. *Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 26. S. 1. 1921.*

Untersuchungen an 6 Fällen und genaue Beschreibung von 3 Sektionsergebnissen. In diesen handelte es sich um eine rasch zum Tode führende Erkrankung, deren schwerste Erscheinung in einer Entzündung der oberen Luftwege bestand, und zwar ist für den letalen Ausgang mit hoher Wahrscheinlichkeit die Verlegung der Luftwege mit Pseudomembranen verantwortlich zu machen. In den nekrotischen Auflagerungen in Trachea und Bronchien fand sich ein mehr oder weniger dichtes Fibrinnetz, reichlich Staphylokokken, niemals Diphtheriebazillen. DREYFUSS.

2) **Chavanne** (Paris). **Ueber die Zweckmässigkeit der gewöhnlichen oto-rhino-laryngologischen Eingriffe bei Tuberkulösen und zur Tuberkulose Disponierten. (De l'opportunité des interventions banales d'oto-rhino-laryngologie chez les tuberculeux en évolution et chez les prédisposés à la tuberculose.)** *L'Oto-Rhino-Laryngologie Intern. Juli 1921.*

Verf. erinnert an die längst bekannte Tatsache, dass in Ausheilung begriffene Tuberkulosen Operationstraumen ausserordentlich schlecht ertragen, und man sich daher hüten soll, durch Eingriffe, welche nicht absolut nötig sind — Adenotomie, Tonsillektomie, Septumresektion usw. —, den Organismus im Kampfe gegen den Kochschen Bazillus zu schwächen. Ja sogar Prädisponierten gegenüber soll nicht vergessen werden, dass ein Operationstrauma eine latente Tuberkulose zum Ausbruche veranlassen kann. SCHLITTLER.

3) **Otto Stoerk** (Dresden). **Ist der Ohrlidschlagreflex ein pathognomonisch verwertbares Symptom?** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 10. S. 417.*

Verf. hat bei 150 Personen, worunter solche mit normalem Ohren- und Augenbefund, aber auch bei akuten und chronischen Mittelohrentzündungen, bei Otitis

externa, nervöser Schwerhörigkeit, bei Hysterischen und Luetischen nachgeprü... ob der genannte Reflex, wie Kisch angegeben (W.kl.W. 1919), wirklich beim Gesunden, d. h. Leuten mit normalem Ohr- und normalem Augenbefund, immer sich findet, bei Schädelverletzten aber fehlt. Er kommt zum Schluss, dass ein gesetzmässiges Verhalten des genannten Reflexes nicht festzustellen ist. SCHLITTLER.

4) **Jean Giron. Der okulo-kardiale Reflex in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Le réflexe oculo-cardiaque en oto-rhino-laryngologie.)** *L'Oto-Rhino-Laryngologie Intern. April 1921.*

In Bestätigung der Untersuchungen von Laeper, der die günstige Einwirkung einer Kompression der Augen auf gewisse nervöse Erscheinungen nachwies, hat G. diese Einwirkung in vielen Fällen von krampfhaftem Niesen nach galvanokaustischer oder chemischer Aetzung der Muscheln oder der Scheidewand nachweisen können.

Binet und Achard sagten, dass die Kompression der Augen das beste Mittel darstelle gegen den Singultus. G. hat die Wirksamkeit dieses Mittels in einem Fall von hartnäckigem Singultus bei Rekurrenslähmung infolge Aortenaneurysma nachweisen können, wo der Singultus nur nach Kompression der Augen aufhörte.

Es wird ferner besprochen die Wirkung der Augenkompression bei Ohrgeräuschen; dem Fehlen des okulo-kardialen Reflexes bei syphilitischen Labyrintherkrankungen weist Verf. einen diagnostischen Wert bei. Besondere Bedeutung misst er der Inversion des Reflexes in Verbindung mit Bradykardie für die Diagnose der otogenen Zerebralkomplikationen bei; er gibt auch eine Erklärung für die Mechanik des Zustandekommens einer solchen Inversion. FINDER.

5) **Franz Fremel** (Wien). **Zur Frage des subkortikalen Kau- und Schluckzentrums.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jhrg. 55. S. 681.*

Ein Enzephalitiskranker, der in bewusstlosem Zustande der Klinik zugeführt worden war, wies neben der Unfähigkeit zu schlucken klonische Zuckungen der Muskulatur des Mundbodens und der Bauchmuskulatur auf. Die Sektion ergab eine Leptomeningitis, mikroskopisch fanden sich zahlreiche Entzündungsherde im ganzen Bereiche des Hirnstammes bis über die Augenmuskelkerne hinaus. Die Tatsache, dass die Substantia nigra beiderseits kleine zerstreute Entzündungsherde aufweist, könnte event. im Sinne von Bechterew dahin gedeutet werden, dass hier das Zentrum zu suchen ist, von dem koordinierte Impulse an die motorischen Bulbärkerne abgegeben werden, die beim Kau- und Schluckakt beteiligt sind.

SCHLITTLER.

6) **Ricardo Botey. Lokale Anästhetika und Anästhesie in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Anestéticos y anestesia local en otorinolaringologia.)** *Revista Espan. de Laringologia. Juli/Oktober 1921.*

Verf. setzt die Vorteile auseinander, die für den Oto-Laryngologen die Anwendung der Lokalanästhesie vor der Allgemeinnarkose hat. Verf. benutzt die Lokalanästhesie, deren Technik er auseinandersetzt, auch für die totale und partielle Laryngektomie. Die Allgemeinnarkose zieht er dagegen vor bei Radikaloperation der Stirnhöhle, Entfernung von Karzinomen auf dem transmaxillonasalen Wege, Exstirpation der Zunge, Eröffnung des Mittelohrs usw. FINDER.

7) **George Stuart Willis** (New York). **Radiumtherapie bei Karzinom. (Radium therapy in cancer.)** *Med. Record. 5. Nov. 1921.*

Die Behandlung bei Affektionen im Mund, Hals und Oesophagus bestand in der Applikation einer Nadel, die 10 mg Radium enthielt und in den Tumor eingestochen wurde und etwa 1—4 Stunden dort blieb. In vielen Fällen beobachtete W. eine ausgesprochene Verkleinerung der Masse, aber nur in wenigen hatte er keine Infektion zu verzeichnen. Seit $^1/_2$ Jahre braucht er nur die Gammastrahlen, die durch 1 mm Gold und 2 mm Hartgummi geschützt werden. Karzinom und Sarkom der Tonsille wurde erfolgreich mittels Radium behandelt, wenn es gelang, eine Infektion fernzuhalten. Beim Larynxkarzinom waren die Erfolge durchaus nicht gute; bei diesem wie auch bei dem Karzinom des Oesophagus wurde Radium unter Schwebelaryngoskopie eingeführt. In diesen Fällen hat Verf. keine Heilung gesehen.

FREUDENTHAL.

8) **Alexander Cemach** (Wien). **Die Glühlichtbehandlung entzündlicher Erkrankungen der Luftwege.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 55. S. 668.*

Verf. berichtet über 250 mit der Solluxlampe bestrahlte Fälle von Nebenhöhlenentzündungen, Peritonsillitiden, Tracheitis, über vereinzelte Fälle von Larynxödem, Perichondritis und Entzündungen der Parotis, der Submaxillardrüsen; der Erfolg war häufig ein ausgezeichneter, hie und da sogar ein geradezu überraschend günstiger.

SCHLITTLER.

9) **N. Zinner** (Budapest). **Kunstgriff zur raschen Beseitigung des subkutanen Emphysems.** *Orvosi Hetilap. Nr. 19. 1920.*

Verf. sticht mehrere derbe Punktionsnadeln in das emphysematöse Gewebe und massiert die geschwollenen Partien zentripetal gegen die Nadeln.

POLYAK.

b) Nase und Nasenrachenraum.

10) **Edgardo Axisa. Reflexasthma nasalen Ursprungs. (Asma riflesso d'origine nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia. H. 6. 1921.*

Der Hauptzweck dieser ausführlichen Arbeit ist, zu zeigen, dass die Bezeichnung „Reflexasthma“ für das Asthma nasalen Ursprungs falsch ist. Es bestehen — sagt Verf. — unleugbare Beziehungen zwischen Störungen der oberen Luftwege und gewissen Erscheinungen, die die Folge sind von Veränderungen gewisser Nervenzentren. Diese Beziehung aber ist weder eine direkte noch eine unmittelbare; zwischen Ursache und Wirkung sind andere Faktoren eingeschaltet und daher ist die Defiition des physiologischen Reflexes, wie es die Theorie der „Reflexneurosen“ will, nicht anwendbar. Wir haben keine Ursache, die Existenz eines Reflexasthmas infolge von Prozessen in der Peripherie, die nicht zur Wahrnehmung des Subjektes gelangen, anzunehmen, derart, dass der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung in keiner Weise durch psychische Elemente gestört würde. Die Theorie der Reflexneurosen im Sinne eines physiologischen Reflexes, der zwar insofern pathologisch sei, als er sich auf bereits veränderten Bahnen und in bereits prädisponierten Zentren entwickelt, wird vom Verf. verworfen. Es sind psychische Einflüsse, die den Asthmaanfall auslösen; die peripheren Störungen haben nur das

Inszenetreten dieser Faktoren hervorgerufen. Die Reizung der Schleimhaut gelangt nicht auf direkten und unmittelbaren Wegen zu den Nervenzentren, sondern nur auf dem Wege über das Gehirn; es handelt sich um psychische, aber niemals um physiologische Reflexe.

Asthma nasale ist nicht synonym mit Reflexasthma; es ist nicht als besondere Form des Asthma zu betrachten. Es tritt nur auf bei schon an Asthma leidenden Personen infolge einer besonderen und individuellen Ideenassoziation, wie sich solche bei Asthmatikern finden. Dem Asthma nasale kommt nur die Bedeutung einer Sekundärerscheinung zu, die oft infolge der Heftigkeit und Häufigkeit ihrer Erscheinungen die ganze Aufmerksamkeit fesselt und die Szene beherrscht.

Verf. setzt sich nun kritisch mit den Theorien über das nasale Reflexasthma und deren Begründungen — insbesondere mit Kuttner — auseinander; es können hier aus diesen Ausführungen nur einige Punkte wiedergegeben werden. Eine Prädisposition auf neuropathischer Grundlage ist beim Asthmatiker unleugbar und infolge davon ein Mangel im psychischen Gleichgewicht, der sich in einer grossen Empfänglichkeit für suggestive und autosuggestive Einflüsse und einer grossen Labilität gewisser Zentren kundgibt, die unmittelbar auf jeden spezifischen Impuls reagieren.

Aus den Versuchsergebnissen des Verf. über die Hyperästhesie der Nasenschleimhaut sei hervorgehoben, dass er eine solche nur in denjenigen Asthmafällen gefunden hat, die mit einer Rhinitis nervosa kompliziert waren. Als ein Symptom des Asthma nasale kann die Hyperästhesie der Schleimhaut nicht betrachtet werden; die Hyperästhesie ist ein Symptom einer allgemeinen Neurose; diese Hyperästhesie kann, wenn sie einen gewissen Grad erreicht, zu jenen funktionellen Störungen führen, die unter dem Sammelbegriff der nervösen Rhinitis bekannt sind.

Verf. führt eine Anzahl von Fällen seiner Beobachtung an, um zu beweisen, dass das Asthma nasale rein psychisch ist, dass es sich infolge einer Ideenassoziation beim Asthmatiker entwickelt, der die Asthmaanfälle in direkte Beziehung setzt zu gewissen funktionellen Störungen in Nase resp. Rachen. An Stelle der Bezeichnung „Reflexasthma" sei es richtiger, zu sprechen von „psychischem Asthma peripheren Ursprungs", z. B. nasalen, pharyngealen, dyspeptischen, genitalen usw.

Die mittels gewisser Mittel oder Methoden in manchen Fällen von psychischen Asthmaattacken erzielten Triumphe hängen nach dem Verf. ab von der dafür gemachten Reklame oder von dem Arzt, der die Mittel anwendet. So erklärt er auch die Erfolge mittels der Bronchoskopie: es sei die Einführung des Rohres und nicht die Einträufelung einiger Tropfen Adrenalin durch dieses, was wirke.

Es sind nicht nur äussere Ursachen, welche auf die Einbildung der Kranken wirken und einen Asthmaanfall hervorrufen können; in manchen Fällen sind es funktionelle Störungen in gewissen Organen, die das psychische Gleichgewicht des Individuums stören, so besonders Störungen, die sich auf den Atemakt beziehen und eine gewisse „Gêne" der Atmung bewirken. Bei besonders empfindlichen Individuen braucht es zur Hervorrufung des Asthmas gar keiner tatsächlichen funktionellen Störung, es genügt dazu der geringste Reiz in der Nase oder im Rachen.

Die Diagnose auf Asthma nasale kann dann gestellt werden, wenn aus der Beobachtung des Kranken hervorgeht, dass die Asthmaanfälle in der Tat in Beziehung stehen zu funktionellen Störungen des fraglichen Organs; die Diagnose ist sicher, wenn der Kranke selbst sein Asthma auf solche funktionellen Störungen in Nase bzw. Rachen zurückführt oder auf Sensationen in diesen Organen. Dann ist kein Zweifel, dass diese Ideenassoziation, auf der sich das Asthma nasale aufbaut, sich im Geiste des Patienten gebildet hat.

Ist man imstande, die Ursachen, welche eine suggestive Wirkung auf den Patienten ausüben, zu elimieren, indem man z. B. die Nasenatmung wiederherstellt, Nasenhöhleneiterungen beseitigt, so wird man in leichteren Fällen damit ein an Heilung heranreichendes Wohlbefinden erzielen; im allgemeinen genügt jedoch der chirurgische Eingriff nicht, um die nervöse Rhinitis bzw. Pharyngitis auszuschalten. Dazu müssen noch andere Mittel (Galvanokaustik, Schleimhautmassage, in Verbindung mit Adrenalin in Form von Inhalationen nach Spiess oder subkutan) angewandt werden, die beruhigend auf die Schleimhaut und gleichzeitig auf die Einbildung des Kranken wirken. Schwere Fälle, ferner solche, bei denen der Pat. ausser auf die Störungen in den oberen Luftwegen auch auf solche in anderen Organen reagiert, fernerhin solche, die mit Bronchialasthma kompliziert sind, geben eine schlechte Prognose.

Beim Asthmaanfall selbst hat Verf. fast stets mit der Anwendung von Adrenalin eine augenblickliche Wirkung erzielt; jedoch hat er niemals eine Dauerwirkung gesehen, die diesem Mittel zuzuschreiben gewesen wäre. CALAMIDA.

11) **Nager** (Zürich). **Meningocele (Encephalocele) nasalis.** *Schweiz. med. Wochenschrift. Nr. 28. 1921.*

Knabe von 6 Jahren. Die Austrittstelle ist auf die Siebbeinplatte beschränkt. Vom rechten mittleren Nasengang nach oben glatter, weicher, schmerzloser Tumor, der zusammendrückbar ist und bei der Punktion absolut klare Flüssigkeit vom spez. Gew. 1,0065 und 52 pCt. Eiweiss ergibt. Aus dem Aussehen, der Lage, den Pulsationen, der Komprimierbarkeit und dem Punktionsresultat, eventuell unter Zuhilfenahme des Röntgenbildes dürfte die Diagnose möglich sein.

Verf. beabsichtigt, eine Freilegung der Bruchpforte erst bei wesentlicher Zunahme der Beschwerden vorzunehmen und eine ausführliche Beschreibung dieses Falles in einer Fachschrift folgen zu lassen. Er kennt bloss vier publizierte einschlägige Fälle. JONQUIÈRE.

12) **Jacques** (Nancy). **Drei Fälle von Choanalatresie. (Trois cas d'imperforation choanale.)** *L'Oto-Rhino-Laryng. Intern. Juli 1921.*

Bei allen drei Fällen war die Choanalatresie einseitig und zwar rechtsseitig. Die Behandlung bestand teils in submuköser Resektion, teils in blossem Anlegen einer Oeffnung und nachfolgender Dilatation Der Erfolg war zweifelhaft und macht Verf. dafür die zu wenig intensiv fortgesetzte Dilatation verantwortlich.

SCHLITTLER.

13) **Nager** (Zürich). **Demonstration einer Akromegalie infolge von Hypophysentumor.** Gesellschaft der Aerzte in Zürich. *Med.-klin. Wochenschr. Nr. 33. 1921.*

Verf. führte die Operation in typischer Weise durch transethmoidale und

transsphenoidale Freilegung der Sella turcica aus. Die Hypophyse hatte Wallnussgrösse und eine groblappige Oberfläche. Die Dura wurde gespalten und der Tumor mit scharfem Löffel möglichst vollständig ausgekratzt. Histologisch stellte sich sog. Struma der Hypophyse heraus. Verlauf vollständig reaktionslos. Kopfschmerzen verschwunden. Ueber den endgültigen Erfolg soll später ausführlich berichtet werden.

JONQUIÈRE.

14) **E. Knutson** (Gothenburg). **Ueber endonasale Tränensackoperation nach West. (On endonasal operations of the lacrymal sac according to West.)** *Acta Oto-Laryngologica. Bd. 3. H. 1/2.*

Verfasser hat in 61 Fällen von Dakryostenose nach West operiert und längere oder kürzere Zeit nachher systematische Nachuntersuchungen in Bezug auf das funktionelle Resultat angestellt. Die längste Beobachtungszeit betrug 2 Jahre 5 Monate, die kürzeste 2 Monate. Das Resultat wurde — ohne Rücksicht auf die subjektiven Angaben der Patienten betreffs ihrer Heilung — nur dann als zufriedenstellend angesehen, wenn der Tränenabfluss nach der Nase wieder hergestellt war und dies durch einen positiven Fluoreszinversuch bewiesen werden konnte. Einfache Dakryostenose und unkomplizierte katarrhalische Dakryozystitis kamen zur Heilung mit dauernder guter Funktion in 90 pCt. der Fälle; in Fällen von Dakryostenose, die durch akute phlegmonöse Dacryocystitis, durch Narben- oder Fistelbildung nach solcher kompliziert waren, kam es zu einem guten Resultat nur in 55 bis 60 pCt. Der Unterschied in dem Erfolg der Operation kann nach Ansicht des Verf. nicht in einer fehlerhaften Technik liegen, denn die erfolglosen Fälle erscheinen ebenso häufig gegen Ende der Serie wie an ihrem Beginn. Es ist wahrscheinlicher, dass ein Nachlassen der kontraktilen Kraft der Canaliculi die Ursache dafür ergibt, dass die endonasale Dakryorhinostomie erfolglos war.

(Autoreferat.)

15) **A. Ghon** und **C. Terplan.** **Zur Kenntnis der Nasentuberkulose.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 10. S. 394.*

Eingehende anatomische Beschreibung eines Falles von primärer Nasentuberkulose bei einem 10 Monate alten Kinde. Das Ergebnis der Obduktion wies eine erst nach der Geburt erfolgte Infektion mit Tuberkulose nach und zwar sass der Primäraffekt an der knorpeligen Nasenscheidewand (Schmierinfektion), von dort aus kam es dann zu einem tuberkulösen Granulom der Rachenmandel und zu weiterer Ausbreitung der Tuberkulose auf dem Lymphwege.

SCHLITTLER.

16) **Viggo Schmidt.** **Die Syphilis der Nasennebenhöhlen. (La syphilis des cavités accessoires du nez.)** *Acta Oto-Laryngologica. Bd. 3. H. 1/2.*

Verf. geht aus von den Arbeiten von Chauveau, Jambon, Kuttner und der Diskussion zwischen diesem und Gerber, in der Kuttner nachwies, dass man in der Statistik, die für Gerbers Ansichten die Grundlage bildet, nicht weniger als 3,7 pCt. Fälle von Syphilis bei einer Gesamtzahl von 778 Fällen findet.

Verf. berichtet über einige eigene Fälle. Im Jahre 1918 beobachtete er einen Kranken mit syphilitischer Ethmoiditis und syphilitischem Kieferhöhlenempyem und einen Kranken mit syphilitischer Ethmoiditis, die lange Zeit hindurch als an

gewöhnlichem Empyem leidend angesehen worden waren, aber eine positive Wassermannreaktion zeigten und unter spezifischer Behandlung heilten. Verf. machte nun systematisch bei allen an Nebenhöhlenerkrankungen leidenden Patienten die Untersuchung auf Wassermann. Er fand so kurze Zeit darauf wieder zwei Fälle von syphilitischer Erkrankung der Kieferhöhle (positiver Wassermann und Verschwinden aller Symptome unter spezifischer Behandlung). Im folgenden Jahr fand er 3 Fälle mit syphilitischer Erkrankung des Siebbeins und der Kieferhöhle, die sich ebenso verhielten, und weiterhin 6 Fälle, in denen eine Kieferhöhlenaffektion bestand neben typischer Nasensyphilis. Diese 6 Fälle von Kieferhöhlensyphilis fanden sich unter einem klinischen Material von 10 Fällen von Nasensyphilis, was übereinstimmt mit der Ansicht Zuckerkandls, dass unter 10 Fällen von Nasensyphilis bei 8 die Kieferhöhle beteiligt sei (Autopsie).

In der Mehrzahl der Fälle waren die Kranken niemals behandelt worden oder wussten nicht, dass sie Syphilis hatten. Bei den meisten von ihnen war der Wassermann stark positiv, bei einigen schwach positiv trotz starker entzündlicher Erscheinungen. Verf. setzt auseinander, dass man eine syphilitische Nebenhöhlenaffektion haben kann mit negativem Wassermann, der Uebergang zwischen schwach positiver und negativer Reaktion ist etwas Delikates.

Man kann — praktisch gesprochen — den positiven Wassermann als Richtschnur in dieser Frage betrachten, nur muss man bedenken, dass ein positiver Wassermann bei einer Nebenhöhlenerkrankung nicht genügt, um dieser die Bezeichnung „syphilitisch" zu geben, denn es kommen natürlich gewöhnliche Nebenhöhlenerkrankungen auch bei Syphilitikern vor, ohne dass jene mit der Syphilis in irgendwelcher Beziehung stehen. Nur wenn die Nebenhöhlenerkrankung durch spezifische Behandlung zum Verschwinden gebracht wird (Verschwinden der objektiven und subjektiven Erscheinungen, Aufklärung bei der Durchleuchtung und im Röntgenbild), kann man die Nebenhöhlenerkrankung als syphilitisch bezeichnen.

Diese Patienten dürfen nach Heilung der Nebenhöhlenerkrankung nicht sich überlassen bleiben, sondern man muss sie einer modernen antisyphilitischen Behandlung mit Neosalvarsan unterwerfen. (Autoreferat.)

17) **Ivan Syk. Einige Erfahrungen über maligne Tumoren in der Nase und deren Nebenhöhlen.** *Acta Oto-Laryngologica. Bd. 3. H. 1/2.*

Innerhalb von noch nicht ganz 10 Jahren wurden in der Holmgrenschen Klinik 50 maligne Tumoren der Nase und ihrer Nebenhöhlen — inkl. der retronasalen Tumoren — beobachtet und zwar 30 Karzinome (16 männlich, 14 weiblich), 19 Sarkome (14 männlich, 5 weiblich), 1 Endotheliom (weiblich).

Verf. teilt die Tumoren — in erster Linie nach ihrer Lokalisation — ein in vestibuläre, mediale oder septale, dorsale, dorsolaterale, laterale und retronasale und findet zwischen diesen Gruppen wichtige Unterschiede inbezug auf die Prognose. Die septalen Tumoren sind anscheinend vollständig zu entfernen, weshalb ihre Prognose besonders günstig ist; die retronasalen Tumoren scheinen in hohem Grade durch Behandlung zu beeinflussen zu sein, sei es operative oder Strahlenbehandlung; für die übrigen Gruppen von Nasentumoren stellt sich die Prognose ziemlich ungünstig. Ein beigefügtes Schema gibt eine Uebersicht über das Material,

sowohl vom Gesichtspunkt der Lokalisation wie von dem der Natur des Tumors, seiner Ausbreitung im speziellen Fall, der Art der Behandlung und des Zustandes des Patienten nach derselben und des endgültigen Ausganges sowie schliesslich eine annähernde Angabe der Gesamtdauer der Erkrankung. (Autoreferat.)

18) **E. Schlittler** (Basel). **Ueber das Enchondrom der Nasennebenhöhlen.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 10. S. 405.*

Der verhältnismässig kleinen Zahl von Enchondromfällen im Gebiet der Nase und ihrer Nebenhöhlen fügt Verf. einen an der Basler Universitätsklinik für Ohren- und Halskranke beobachteten neuen Fall an. Der Tumor entstand bei dem 31jährigen Mann ganz spontan ohne vorausgegangenes Trauma unter Stenoseerscheinungen von seiten der Nase und Verdrängungserscheinungen im Bereiche der Augäpfel. Nach zwei erfolglosen operativen Eingriffen auswärts wurde von Siebenmann der kleinfaustgrosse Tumor, welcher bereits in beide Stirnhöhlen, in das Siebbein und die Keilbeinhöhle, sowie in die Orbita gewuchert war, radikal entfernt. Aber schon 9 Monate später trat wieder ein Rezidiv auf, und es ging der Patient $2^1/_2$ Jahre später an Entkräftung zugrunde, nachdem das Enchondrom unaufhaltsam gewachsen und geradezu monströse Veränderungen im Gebiete des Gesichtsskelettes herbeigeführt hatte. SCHLITTLER.

19) **F. J. Cleminson. Nebenhöhlenerkrankungen bei Kindern. (Nasal sinusitis in children.)** *Journ. of Laryng. and Otol. Nov. 1921.*

Die Arbeit des Verf. gründet sich auf 85 Fälle; hauptsächlich in Betracht kam die Kieferhöhle, obwohl in einigen Fällen Siebbeinerkrankung und in wenigen auch solche von Stirn- und Keilbeinhöhle vorhanden war. Das Alter der Kinder betrug von 3 bis 14 Jahren; ein Fall von 15 Jahren.

Verf. teilt seine Fälle in 4 Gruppen: I. Diejenigen, bei denen vorher Adenoide und Tonsillen — in wenigen Fällen Adenoide allein — entfernt wurden, bevor sie in seine Behandlung kamen; 27 Fälle, Durchschnitt 10,5 Jahre. II. Fälle, bei denen adenoide Vegetationen und Tonsillen entfernt wurden, während sie in Beobachtung waren; 25 Fälle, Durchschnitt 8,6 Jahre. III. Fälle, in denen diese Operation nicht gemacht wurde; 27 Fälle, Durchschnitt 8 Jahre. IV. 6 Fälle, bei denen Angaben darüber fehlen.

Verf. bespricht zuerst die Symptomatologie, die sich wenig von der der Erwachsenen unterscheidet. Was den Wert der Durchleuchtung für die Diagnose anbelangt, so ist zu bedenken, dass bei ganz kleinen Kindern von dem infraorbitalen Halbmond nur das innere Horn leuchtet, während bei älteren Kindern der Halbmond ganz leuchtet. Die Röntgenaufnahme ist mit derselben Vorsicht zu bewerten wie beim Erwachsenen. Probepunktion macht Verf. bei Kindern unter 7 Jahren im Rausch, bei älteren Kindern in Lokalanästhesie. Die Spülflüssigkeit soll bakteriologisch untersucht werden; in 15 Fällen fand sich nur ein Mikroorganismus (8mal Pneumokokkus, 4mal Streptokokkus, je 1mal Bac. influenzae, Bac. mucosus ozaena, Micrococc. catarrhalis). In den übrigen Fällen war die Infektion multipel.

Eine Anzahl von Kindern wurde durch einmalige, andere durch mehrmalige Ausspülung der Höhle für lange Zeit gebessert; mit dem Begriff der Heilung ist

Verf. vorsichtig, weil bei jedem Schnupfen ein Rezidiv erfolgen kann, solange anatomische Veränderungen bestehen, die sie für Nebenhöhlenerkrankung geneigt, machen (dicht anliegende mittlere Muschel, ungewöhnlich enges Ostium).

Da der Verlauf einiger Fälle daran denken liess, dass zuerst die Nebenhöhlen und dann die Tonsillen sekundär erkrankten und da Dean (Amer. laryng. rhin. otol. soc. 1919) mitgeteilt hat, dass einige seiner Antrumfälle nach Entfernung der Tonsillen heilten, so hat Verf. die Tonsillen und Adenoide in einer Anzahl seiner Fälle entfernt. Die Zahl der Fälle ist aber zu gering und die Zeit noch zu kurz, um ein abschliessendes Urteil zu fällen. In den Fällen, in denen keine Besserung eintrat, wurde die Highmorshöhle intranasal eröffnet.

Die Gesamtresultate in seinen Fällen waren: völliges Verschwinden aller Symptome 22 pCt., Besserung 39 pCt., keine Veränderung 23 pCt., die übrigen 16 pCt. waren aus der Beobachtung fortgeblieben. Der Prozentsatz der keine Veränderungen aufweisenden Fälle war am grössten unter den Fällen, bei denen Adenoide und Tonsillen bereits entfernt waren, als sie in die Beobachtung des Verf. kamen, was dieser damit erklärt, dass in dieser Zahl keiner enthalten ist, bei dem nach dieser Operation eine Heilung der Nebenhöhlen eintrat.

Unter den Fällen des Verf. befanden sich 9 mit Schwerhörigkeit ohne Otorrhoe und 8 Fälle mit Otorrhoe in Gruppe I, 4 in Gruppe II, 3 in Gruppe III; von diesen 15 Fällen hörte nach der Nebenhöhlenbehandlung der Ausfluss auf in 9, Besserung tritt ein in 2 und keine Veränderung in 4 Fällen. FINDER.

20) Cazejust (Montpellier). **Essentielles käsiges Empyem der Kieferhöhle. (L'empyème caséeux essentiel du sinus maxillair.)** *L'Oto-Rhino-Laryng. Intern. Sept. 1921.*

Die Arbeit enthält die Beschreibung eines Falles von käsigem Empyem der Kieferhöhle, wobei die Tatsache erwähnenswert ist, dass das käsige Material sich innerhalb von 2—3 Wochen gebildet haben muss. SCHLITTLER.

21) **Louis van den Wildenberg. Indikationen für die endonasale Trepanation des Stirnhöhlenbodens. (Indications de la trépanation endonasale du plancher du sinus frontal.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. No. 21.*

Verf. bezeichnet die endonasale Stirnhöhlentrepanation für ein ebenso einfaches wie gefahrloses Verfahren; er hält es für mindestens ebenso sicher wie die Operation von aussen. Es ist angebracht bei akuten Eiterungen, die trotz der üblichen Methoden (Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel, Ausspülungen der Höhle usw.) sich nicht bessern, ferner in den Fällen, wo dauernde Schmerzen, eventuell auch Verdunklung der Höhle auf eine Stirnhöhleneiterung mit grosser Wahrscheinlichkeit hinweisen, endonasal aber keine sicheren Anzeichen einer solchen vorhanden sind, wo also die Trepanation des Höhlenbodens gleichzeitig eine Explorationsmethode darstellt. Er rät aber ab, die Methode bei Orbitalkomplikationen anzuwenden.

Denen, die sagen, dass bei chronischen Eiterungen die endonasale Operation oft keine Heilung bringe, indem die Sekretion zwar herabgesetzt, aber nicht vollständig unterdrückt werde, hält Verf. entgegen, dass auch bei radikaler Operation von aussen das Resultat oft kein anderes sei. Wenn die Symptome nicht ver-

schwinden, so kann später immer noch die Operation von aussen gemacht werden, diese wird dann gefahrloser und kürzer sein.

Selbst in Fällen von grosser gefächerter Stirnhöhle mit orbitalem Rezessus, die im allgemeinen für die endonasale Operation als ungünstig betrachtet werden, empfiehlt Verf. diese versuchsweise; wenigstens hat er in einem solchen Falle damit einen ausgezeichneten Erfolg gehabt. Selbst in drei Fällen von chronischer Eiterung in einer grossen gefächerten Höhle, in denen bereits Fistelbildung an der vorderen Wand eingetreten war, hat Verf. allein durch die endonasale Operation ohne weitere Nachbehandlung Heilung erzielt. Einer dieser Fälle wird ausführlich mitgeteilt.

Wer die französische bzw. belgische Literatur seit dem Jahre 1914 kennt, wird sich nicht weiter wundern, dass der Verf. als „Veteranen der Methode“ Vacher, Denis, Walson, Williams (? soll wohl heissen Watson-Williams) nennt, aber keinen deutschen Autor anführt. Dass Schäffer es war, der bereits 1890 diese Methode angegeben und ausgeführt hat, dass sie von Winckler und in den letzten Jahren besonders von Halle ausgebaut wurde, scheint der Verf. nicht zu wissen. FINDER.

22) **Citelli** (Catania). **Ein Fall von Mukozele der Keilbeinhöhle. (Un cas de mucocèle du sinus sphénoidal.)** *L'Oto-Rhino-Laryng. internat. Okt. 1921.*

Den wenigen bisher publizierten Fällen von isolierter Mukozele des Keilbeins fügt Verf. einen von ihm beobachteten weiteren Fall an. SCHLITTLER.

23) **Citelli** (Catania). **Ueber eine bisher unbekannte Erkrankung der Keilbeinhöhle. (Sur une affection du sinus sphénoidal ignorée jusqu'à ce jour.)** *L'Oto-Rhino-Laryng. internat. Okt. 1921.*

Bei einer 38jährigen Frau entfernte Verf. ein polypenartiges Gebilde, welches sich in der Gegend des oberen Choanalrandes inserierte; seine histologische Untersuchung lässt annehmen, dass es sich um die prolabierte Schleimhaut der Keilbeinhöhle handelt. SCHLITTLER.

24) **J. Guisez. Eine Salbe für Tampons in der Nase und den Sinus. (Une pommade pour les tamponnements intracavitaires -sinus, nez etc.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng. Nov. 21.*

Für Tampons, die längere Zeit in der Nase bzw. einer Nebenhöhle gehalten werden sollen, empfiehlt Verf. folgende Salbe: Cupr. sulf. 0,1, Zinc. oxydat. 8,0, Bismuth. subnitr. 8,0, Lanolin 10,0, Vaselin 40,0. Mit dieser Salbe bestrichene Tampons können 4—5 Tage in der Nase gelassen werden, ohne dass sie im geringsten riechen. Die Salbe scheint auch hämostyptisch zu wirken. FINDER.

25) **Isacson** (Berlin). **Ueber ein neues Schnupfenmittel.** *Med. Klin. No. 51. 1921.*

Die austrocknende Wirkung des Lenigallols wird zur Behandlung des akuten und chronischen Schnupfens verwendet in Form einer 5—6 proz. Lenigallol-Zinkpaste (Lenigallol-Knoll 1,5, Zinc. oxyd. 5,0, Vaselin. flav. ad 25 0), mit der kleine Wattebäusche imprägniert und in beide Nasenlöcher tief eingeführt werden. An Stelle der Paste kann auch ein Schnupfpulver (Lenigallol-Knoll 1,0, Zinc. oxyd. 9,0, Amyl. trit., Sacch. lact. ana 15,0) verwendet werden. SEIFERT.

6) **Mélik Smbat. Anatomische, klinische und chirurgische Studie über Nasenrachenfibrom. (Etude anatomique, clinique et opératoire du fibrome nasopharyngien.)** *Diss. Paris 1915.*

An Hand eines Materiales von 25 Fällen werden die pathologische Anatomie, ie Symptomatologie und hierauf ausführlich die operative Behandlung der Nasenachenfibrome besprochen, darunter vor allem das Vorgehen von Sébileau. leine, gestielte, leicht fassbare Tumoren werden mittels starker Zange blind geısst und extrahiert, bei grösseren, verzweigten Tumoren wird die Laryngotomia ıterthyreoidea gemacht, eine Kanüle eingelegt, der Pharyngolarynx abgedichtet nd mittels Durchschneidung des weichen Gaumens der Tumor übersichtlich freielegt und mit der Zange entfernt. Rezidive sind bei diesem Vorgehen selten. reitet sich der Tumor mehr gegen die Schädelbasis und die Nebenhöhlen zu aus,) ist vorzuziehen, den Tumor mittels temporärer oder totaler Oberkieferresektion nzugreifen.

SCHLITTLER.

7) **J. Stähli** (Zürich). **Ueber Augenmuskellähmung als initiales Symptom von malignem Nasenrachentumor.** *Klin. Monatsschr. f. Augenheilk. Bd. 65. S. 888. 1920.*

Zwei lehrreiche Fälle von „monosymptomatischer" Abduzens- bzw. Okuloıotoriuslähmung, die längere Zeit hindurch, sogar mit vorübergehendem Erfolg, ugenärztlich behandelt wurden, bis erneute Verschlimmerung und Abnahme der ehkraft eine rhinoskopische Untersuchung veranlassten. Bei der 62 jährigen Frau eigte sich dann ein inoperables Karzinom des Cavum retronasale, bei dem 49jähigen Manne ein ausgedehntes inoperables Sarkom des Cavum retronasale. Keine utopsien.

DREYFUSS.

!8) **Payot** (Lausanne). **Rhinopharyngealtumor bei einem Säugling. (Tumeur du rhino-pharynx chez un nourrisson.)** *Revue méd. de la Suisse Romande. 10. Oktober 1921.*

Anfälle von Erstickung. Entfernung des gestielten Geschwülstchens mittelst iner Kocherschen Zange. Heilung.

JONQUIÈRE.

!9) **Nager** (Zürich). **Basalkarzinom des Retronasalraumes.** *Schweiz. med. Wochenschrift. No. 28. 1921.*

Herr von 51 Jahren. Seit einem Monat Schmerzen. Ptosis des linken Augenlides. Herabsetzung der Sehschärfe und des Gehörs. Behinderung der Nasenatmung. Intensive Tiefenbestrahlung mit Röntgen hat zuweilen den Erfolg, dass die Ptosis vorübergehend verschwindet. Diese Tumoren seien ziemlich selten. Sie wachsen vor allem in die Schädelhöhle hinein und sind also inoperabel.

JONQUIÈRE.

30) **H. Merrall. Die wesentlichen Ursachen der Adenoiden und ihr Zusammenhang mit der Rachitis. (The essential causes of adenoids and their association with rickets.)** *The Lancet. 12. Nov. 1921.*

Das hauptsächlichste Element in der Aetiologie der Adenoiden ist Nasenrachenkatarrh infolge häufiger Erkältungen oder infolge der exanthematischen Krankheiten, der Katarrh breitet sich auf die Speisewege aus und es wird Ernäh-

rung und Stoffwechsel beeinträchtigt; die Lymphdrüsen, die hinter dem weich Gaumen gelegen sind, schwellen an und verlieren infolge fibröser Veränderung ihr Schutzvermögen; es werden grosse Mengen infizierten Schleims verschluck.

FINDER

c) Mundrachenhöhle.

31) **Pietro Caliceti. Ueber einen langsam verlaufenden geschwürig-gangränösen Prozess des Mundbodens und des Halses, verursacht durch Proteus vulgaris (Su un processo ulcerativo-gangrenoso a lento decorso della base della bocca o del collo da Proteus Vulgaris.)** *Arch. Ital. di Otol. No. 6. 1921.*

Es handelte sich in dem mitgeteilten Falle um einen geschwürig-nekrotisch Prozess der ganzen rechten Hälfte des Mundbodens und der entsprechenden Halsseite. Eine Woche vor Beginn der Erkrankung hatte Pat. an einer Karies des rechten unteren I. Prämolaren gelitten; Verf. glaubt, dass hier mehr als ein zufälliges ze liches Zusammentreffen vorliegt. Im Verlaufe eines Monats breitete sich der Prozess der ursprünglich nur auf dem Mundboden lokalisiert war, langsam auf die ganze Vorder- und Seitenpartie des äusseren Halses aus; es entstand eine speckige Infiltration daselbst mit nekrotischen Partien und einer Anzahl oberflächlicher nekrotisierender Herde, von denen einzelne konfluierten. Bis zu dem zirka 3 Monate nach Krankheitsbeginn erfolgenden Tode behielt der Prozess im wesentlichen seinen torpiden nekrotisierenden Charakter. Schon von Anfang an waren schwere Allgemeinerscheinungen in Form von rapider Abmagerung und starker Anämie vorhanden, die allmählig immer schwerer wurden. Die Krankheit verlief fieberlos; nur von Zeit zu Zeit waren abendliche Temperaturerhöhungen um ein par Strich vorhanden. Niemals traten Erscheinungen septikämischer Infektion auf.

Nachdem in zahlreichen bakteriologischen Untersuchungen in dem Ulzerationsgewebe der Proteus vulgaris gefunden und am Tierversuch dessen hohe Pathogenität festgestellt war, auch die sero-diagnostischen Proben zu Gunsten der Annahme sprachen, dass es sich um eine Proteusinfektion handelte, so wurde eine Autovakzine bereitet, mit der zuerst sehr gute Resultate erzielt wurden. Die Ulzeration im Munde und die Fisteln verloren ihren nekrotischen Charakter, wurden granulierend und der Allgemeinzustand besserte sich. Doch diese Besserung hielt nur 14 Tage an und Pat. ging an Kachexie zugrunde.

Besonders ausführlich und interessant sind die bakteriologischen Studien, zu denen der Fall Anlass gegeben hat.

CALAMIDA.

32) **E. Kronenberg. Bemerkungen zur Plaut-Vincentschen Angina.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 10. S. 427.*

Hinweisend auf die starke Zunahme dieser Affektion, zumal in den kriegführenden Ländern, betont Verf., dass eigentlich mit dem Nachweise des Bac. fusiformis und einer Mundspirochäte auf den Geschwürsflächen noch keine Erklärung für das eigentümliche Krankheitsbild gegeben sei, finden sich diese Mikroorganismen doch auch auf der normalen Mundschleimhaut. Es bedarf also zum Zustandekommen der Erkrankung noch eines weiteren Umstandes, sei es eines konstitutionellen Momentes, oder einer Gewebsschädigung, oder sei es, dass noch ein weiterer Infektionserreger eine Rolle spielt.

SCHLITTLER.

) **Caxejust. Die Freilegung und Abtragung des oberen Mandelpols, ein unerlässlicher Bestandteil der Tonsillotomia maxima. (Le dégagement et l'ablation du pôle supérieur de l'amygdale, temps indispensable de l'amygdalotomia maxima.)** *Revue hebdom. de Laryng. 15. Febr. 1921.*

Verf. hält es für absolut notwendig, dass der ganze obere Pol inklusive seiner trapalatinalen Portion entfernt wird, während der untere Pol erhalten bleiben kann. nter Lokalanästhesie wird die Tonsille vorn und hinten abgelöst, dann wird ein harfer Haken oder ein hakenförmiges Messer zwischen Tonsille und Plca semiaris in der Richtung nach oben eingeführt, bis die Spitze an der Vereinigungsstelle vischen vorderem und hinteren Gaumenbogen eindringt. Es werden dann die Geebe — entsprechend einer Linie, welche die oberste Extremität des Interstitium terarcuarium mit der Basis der Uvula verbindet — durchrissen, die Musculi alatoglossus und palatopharyngeus stumpf durchtrennt und so der obere Pol freiemacht, der nun mittels Schere oder Schlinge entfernt werden kann. FINDER.

4) **Fredescu-Riou** (Bukarest). **Beitrag zum Studium der Tonsillektomie. (Contribution à l'étude de l'amygdalectomie.)** *Paris méd. No. 52. 1921.*

Verf. berichtet zunächst über einen Fall, in dem eine eiternde Fistel im beren Pol der linken Mandel vorhanden war. Es wurde die Tonsillektomie geacht. Auf der äusseren Fläche der Mandel fand man eine haselnussgrosse Tasche it fibrösen Wänden; wurde eine Sonde in die Fistel eingeführt, so konnte man e in dieser Tasche fühlen. Nach Inzision der Tasche sah man in ihr zottige, iternde Fungositäten. Die Tasche war an der Mandel fixiert durch unlösbare bröse Stränge.

Verf. hat 63 durch Tonsillektomie entfernte Mandeln untersucht; er hat in 0 pCt. davon mehr oder minder grosse Eiterherde, teils erloschene, teils noch ktive, gefunden, die eine erhebliche Adhäsion der Mandel verursachten.

Zum Schluss schildert Verf. seine Technik. Statt nach Ausschälung der Tonsille um den Pol, an dem sie dann allein noch hängt, die Schlinge zu legen, notet er um ihn einen Katgutfaden. FINDER.

35) **Perrier** (Lausanne). **Lymphosarkom der linken Tonsille mittels Radium behandelt.** *Revue méd. de la Suisse Romande. 10. Okt. 1921.*

17jähriger Landarbeiter, wenig Schmerzen. Tonsille blass, Pflaumengrösse. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose. Keine weitere Verbreitung als grosse Lymphdrüse aussen am Hals. Röhrchen mit Radium werden überall eingeführt und gut vertragen. Ziemlich rasches Schrumpfen aller Gebilde.

JONQUIÈRE.

d) Kehlkopf und Luftröhre.

36) **Victor Patzelt** (Wien). **Die Ergebnisse einer Untersuchung über die Histologie und Histogenese der menschlichen Epiglottis unter besonderer Berücksichtigung der Metaplasiefrage.** *Anatom. Anzeiger. 15. Juli 1921.*

Präliminare Mitteilung über eine demnächst erscheinende grössere Abhandlung. Untersuchungen von 50 Kehldeckeln aller Altersstufen von der achten

Fötalwoche bis zum 75. Lebensjahr, die sich sowohl auf dem Knorpel und ... Drüsen, als auch vor allem das Epithel erstrecken.

Bezüglich der Einzelheiten muss auf die Originalmitteilung bzw. die spä... erscheinende Abhandlung verwiesen werden. DREYFUSS.

37) **Jean Vialleton. Ueber die Höhenlokalisation der Erkrankungen des Vagus. (Essai sur la localisation en hauteur des lésions du pneumogastrique.)** *Th... de Lyon. 1921.*

Verf. gibt zunächst einen Ueberblick über Anatomie und Physiologie ... Vagus. Er stellt sich die Aufgabe, die Erkrankungen dieses Nerven, den er ... im Sinne des Vago-spinalis nimmt, nach der Höhe ihres Sitzes zu lokalisie... und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen. Das anatomisch-physiologis... Studium des Vagus berechtigt, ihn in Segmente zu teilen auf Grund der funk... nellen Einteilung der peripheren Zweige, die in den verschiedenen Höhen abge... Die Klinik bestätigt diese Tatsachen und erlaubt zu beschreiben:

a) Erkrankungen des Vagus, die unterhalb des Abganges des N. recurr... sitzen; ihre Symptomatologie ist unbestimmt; sie bleiben oft inmitten des Sy... ptomenkomplexes unerkannt.

b) Erkrankungen oberhalb des Rekurrens und unterhalb des Abganges ... N. laryngeus superior. Das Kehlkopfbild ist identisch mit dem bei der eigentli... sog. Rekurrenslähmung; aber die Analyse der Atmungs- und Herzstörungen ... besonders das Studium des okulo-kardialen Reflexes machen die Diagnose oft le...

c) Die Beteiligung des N. laryngeus superior ist nicht immer leicht we... der sehr beschränkten motorischen Rolle dieses Nerven und wegen der häufi... und sehr schnellen Wiederherstellung der sensiblen Störungen.

d) Das Befallensein des Vagus auf der Höhe des Ganglion plexiforme ... charakterisiert durch eine halbseitige Gaumen-Pharynxlähmung. Das ist ... Avellissche Symptomenkomplex peripheren Ursprungs.

e) Die Erkrankungen im Wurzel- und Bulbusgebiet können auftreten ... reine Formen, bei welchen der Vago-accessorius allein betroffen ist oder als as... ziierte Formen mit zusammengesetztem Symptomenkomplex. Der nukleäre U... sprung wird sichergestellt durch die begleitenden Bulbärerscheinungen.

Die Diagnostik der Vaguserkrankungen nach der Höhe des Sitzes ist ... wichtiger Bestandteil der kausalen Diagnostik.

Die Arbeit enthält 10 Krankengeschichten. FINDER.

38) **Nager** (Zürich). **Linksseitige totale Rekurrenslähmung bei Mitralstenose.** *Schweiz. med. Wochenschr. Nr. 28. 1921.*

15jähriger Knabe. Totale Lähmung des linken, kompensiert durch Hyper... aktion des rechten Stimmbandes, sodass der Knabe nicht aphonisch ist, sondern n... leicht belegte Stimme hat. Durch phonetische Behandlung wird die Stimme n... ganz ausgeglichen. JONQUIERE.

39) **Mauthner** (Mährisch-Ostrau). **Postgrippöser plötzlicher Stimmritzenverschluss.** *M. Klin. Nr. 49. S. 1497. 1921.*

Im Verlaufe einer Grippe plötzlich höchste Atemnot, Zyanose, inspirator... Dyspnoe, laryngoskopisch die für beiderseitige Postikusparese charakteristis...

Stimmbandannäherung und Beweglichkeitsbeschränkung der nicht übermässig hyperämischen Stimmbänder. Tracheotomie. Nach 6 Monaten Besserung, aber bei Verrichtungen noch Atemnot, so dass die Kanüle noch bleiben muss. SEIFERT.

40) **Nils Arnoldsen. Die chirurgische Behandlung der Larynxtuberkulose.** *Acta Oto-Laryngologica. Bd. 3. H. 1/2.*

Verf. gibt eine Uebersicht über den Stand der Frage von der äusseren und endolaryngealen chirurgischen Behandlung der Larynxtuberkulose. Es sei folgendes erwähnt:

Er zieht die Grenzen für die Epiglottisamputation, die er in 70 Fällen gemacht hat, sehr weit; er wendet sie nicht nur an, wenn ein Herd in der Pars libera entfernt werden soll, sondern hält auch bei diffuser Infiltration der Epiglottis die Amputation des freien Teiles derselben indiziert, besonders wenn eine vorhandene Dysphagie wahrscheinlicherweise darauf zurückzuführen ist.

Eine Indikation zur Exzision eines tuberkulösen Stimmbandes sieht Verf. als vorliegend an bei begrenzten tumorähnlichen Infiltraten sowie bei Totalinfiltration des ganzen Stimmbandes, besonders wenn der Aryknorpel beweglich ist und sonst keine schweren tiefgreifenden Veränderungen vorhanden sind. Ist der Prozess doppelseitig, so wird zunächst nur die eine Seite operiert, die andere ein paar Monate später. Kontraindikationen liegen vor, wenn die subchordale Schleimhaut in grosser Ausdehnung infiltriert ist, sowie in malignen Fällen. In gutartigen Fällen ist nichts gegen die Exzision des Stimmbandes einzuwenden, auch wenn multiple Herde vorhanden sind. In den schweren Fällen, wo die ganze Glottis infiltriert ist und Stenose droht, kann man versuchen, diese durch Exzision am Stimmband der einen Seite zu beheben, hat aber sonst die Tracheotomie in Erwägung zu ziehen.

Was die Galvanokaüstik betrifft, so bildet sie eine Ergänzung zu dem blutigen Verfahren insofern sie an solchen Stellen anwendbar ist, wo die Doppelkurette nicht verwendet werden kann, ferner in Verbindung mit blutiger Operation in derselben Sitzung oder später. Ferner eignet sich der Elektrokauter zur Ausbrennung von grösseren Ulzerationen. Nicht angewendet werden darf er nach Verf. Ansicht bei der Stimmbandtuberkulose, welche sich anatomisch besonders für die Doppelkurette eignet. Obwohl der Galvanokauter die Doppelkurette ergänzt, kann er sie nicht ganz ersetzen, noch weniger das Epiglottotom.

Bei den Alkoholinjektionen in den N. laryngeus sup. hat Verf. die Erfahrung gemacht, dass man sich nicht mit den Einspritzungen einiger Kubikzentimeter begnügen, sondern bisweilen bis zu 10 ccm gehen muss, um den Kontrollschmerz im Ohr zu erzielen.

Er bespricht ferner die äusseren Operationen und zum Schluss die Pfannenstillsche Methode, die übrigens jetzt von ihrem Erfinder dahin abgeändert ist, dass bei gleichzeitiger interner Jodnatriummedikation eine 1 proz. Lösung von Natriumhypochlorit mittels Atomisers eingeatmet wird. FINDER.

41) **de Reynier (Leysin). Fälle von Kehlkopfsyphilis bei tuberkulösen Kurgästen.** *Rev. méd. de la Suisse Romande. Nr. 7. 1920.*

Verf. hebt die Bedeutung der Differentialdiagnose hervor. Er nennt nur die Anwendung des Wassermann und des Neosalvarsans als zuverlässig. JONQUIÈRE.

42) F. Rueda. **Ueber einen bei Ausführung der Laryngektomie in Lokalanästhesie beobachteten Nachteil. (Sobre un inconveniente osservado en la anestesia local para laringuectomía.)** *Rev. Espan. de Laring. Juni/Okt. 1921.*

Verf. wiegt die Vorteile und Nachteile der Lokalanästhesie gegenüber der Allgemeinnarkose bei der Larynxexstirpation ab, der Vergleich fällt im wesentlichen zu Gunsten der Allgemeinnarkose aus. Auf einen positiven Nachteil der Lokalanästhesie jedoch weist Verf. besonders hin — und er belegt seine Ansicht durch zwei persönliche Beobachtungen —, das ist eine Schädigung der Vitalität der Gewebe durch die Adrenalin-Novokaininjektionen, infolge deren es zu Gangrän der Wundränder, Klaffen der Nähte, Bildung von Fisteln usw. kommen kann.

FINDER.

43) Christofle. **Das Problem der Ernährung bei den grossen Kehlkopfoperationen. (Du problème de l'alimentation dans les grandes interventions sur le larynx.)** *Thèse de Lyon. 1921.*

Verf. stellt einen Vergleich an zwischen der Anwendung der Verweilsonde und der Gastrotomie. Er spricht sich zu Gunsten der Gastrotomie aus, die ein leichter in Lokalanästhesie vorzunehmender Eingriff sei; durch sie werde der Speichelfluss unterdrückt, der Kranke empfindet nicht das Bedürfnis zu schlucken, er kann halbsitzend in seinem Bett bleiben, die Heilung erfolgt per primam, die Verbände sind trocken und vom zehnten Tage an kann die Ernährung per os erfolgen. Im Gegensatz dazu bringt die Verweilsonde einen starken Speichelfluss und Nasensekretion mit sich, woraus septische Zustände an der Operationswunde entstehen können. Die Berührung der Sonde mit den Nähten, die fortwährenden Bewegungen der Zunge und der Rachenmuskeln, die durch diese Berührung ausgelöst werden, können dazu führen, dass die Wunde aufgeht und Infektionen eintreten.

Verf. hat sich mit einer Rundfrage an eine Anzahl von Operateuren gewandt, die eine besonders grosse Erfahrung auf dem Gebiet der Larynxexstirpation haben. Die meisten Antworten — darunter die von Botey, Castex, Durand, Gault, Jacques, Moure, St. Clair-Thomson, Sébileau — sprechen sich gegen die Gastrotomie und für die Beibehaltung des Nasenkatheters aus.

FINDER

44) F. Schäfer. **Ueber seltener verkommende Stenosen im Kindesalter und ihre Behandlung.** Aus der akad. Kinderklinik Düsseldorf. *Arch. f. Kinderheilk. Bd. 68. S. 314. 1920.*

Vier Fälle von akut auftretender fieberhafter Luftröhrenstenose, die fast zu gleicher Zeit in der Kinderklinik zur Beobachtung kamen. In Fall 2—4 wurde Diphtherie bakteriologisch festgestellt, aber in allen Fällen hatte die Serumtherapie keinen Erfolg, sondern es musste zur Tracheotomie geschritten werden. Gemeinsam war vielmehr allen Fällen, dass auch diese auf die Dauer nichts nützte, sondern dass sich braune, Ohrenschmalz ähnliche Pfröpfe tief unten in der Trachea bildeten, die fast zum Erstickungstode führten. Sie wurden mittels eines Gummischlauches, der durch die Kanüle eingeführt wurde, mit einer Wasserstrahlsaugpumpe entfernt.

Mikroskopisch zeigte ein solcher Pfropf an der Aussenseite Bronchialepithelien, in Schnitten grosse Fibrinmassen, in denen teils in Nestern, teils in länglichen Streifen zahlreiche Leukozyten lagen.

2 Fälle ($1 \frac{1}{2}$ und 3jährige Kinder) verliefen tödlich an Herzschwäche, die anderen (9 und $1 \frac{1}{2}$ Jahre alt) heilten aus.

Die ausgehusteten Schleimmassen enthielten Diphtheriebazillen, Strepto-, Staphylo- und Pneumokokken.

DREYFUSS.

45) **P. Armand-Delille. Hillemand, Lestoquoy** und **Mallet. Die Verbiegungen der Trachea bei chronischer Lungentuberkulose. (Les déviations de la trachée dans la tuberculose pulmonaire chronique.)** *Soc. de méd. des hôp. 9. Dez. 1921.*

Verff. konstatierten bei einem Kranken, der mit der Diagnose „Lungenkaverne der rechten Spitze“ eingeliefert war, auf dem Röntgenschirm, dass es sich in Wirklichkeit um eine sehr ausgesprochene rechtsseitige Trachealverbiegung handele. Sie haben bei dieser Gelegenheit systematisch mittels Röntgenuntersuchung bei allen ihren weiblichen Kranken auf solche pathologischen Verbiegungen gefahndet und fanden 10 sehr ausgesprochene Fälle bei 300 tuberkulösen Patientinnen. Solche Deviationen sollen nach den Verff. entstehen infolge Verziehung der Trachea durch sklerotische Stränge, die die Folge einer Pleuraverklebung sind oder von Narbenzügen, die sich um die Kavernen entwickeln und von einer Adhäsion an der Pleura parietalis begleitet sind.

FINDER.

46) **Laubry** und **S. Bloch. Die Verbiegungen der Trachea bei chronischen Lungenleiden. (Les déviations de la trachée dans les pneumopathies chroniques.)** *Soc. méd. des hôp. 9. Dez. 1921.*

Mitteilung zweier Fälle. Im ersten Falle deuteten die klinischen Erscheinungen auf eine Kaverne bei Phthisis. Bazillenuntersuchung negativ. Röntgenuntersuchung zeigt Fehlen einer Kaverne, aber Deviation von Trachea und Oesophagus. Da Pat. früher einen Schanker gehabt hatte, wurde Lungensyphilis angenommen; der Erfolg der Therapie bestätigte die Richtigkeit dieser Annahme.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen Tuberkulösen, bei dem ein Pneumothorax gemacht war. Ausgesprochene Deviation der Trachea und Dextrokardie; beides Folge eines fibro-adhäsiven Prozesses.

FINDER.

47) **Jean Guisez. Die Tracheozelen vom endoskopischen Standpunkt. (Les trachéocèles au point de vue endoscopique.)** *Bulletin d'Oto-Rhino-Laryng Nov. 1921.*

Verf. hat zwei Fälle tracheoskopisch untersucht. Im ersten Fall handelte es sich um einen Verwundeten, bei dem die lufthaltige Schwellung am Halse plötzlich nach Explosion einer Granate in seiner Nähe entstanden war, im zweiten Fall scheint sich die Geschwulst allmälig entwickelt zu haben. Im ersten Fall ist der Mechanismus der Entstehung so zu denken: Unter dem Eindruck des gewaltigen äusseren Luftdruckes macht das Individuum eine heftige Anstrengung zur Reaktion und schliesst energisch die Glottis, um einen intrathorazischen Gegendruck herbeizuführen. Das Luftrohr gibt an einer schwachen Stelle unterhalb der Glottis und

ausserhalb des Thorax nach, das ist die Trachea. Im zweiten Falle handelte es sich vermutlich um eine kongenitale Anlage. Verf. gibt die tracheoskopischen Bilder der beiden Fälle. Man sieht nicht etwa an Stelle der Tracheozele einen Blindsack, wie man vielleicht erwartet, sondern man findet vielmehr eine Vorwölbung der Trachealwand von aussen nach innen, da die Nachbargewebe in das Lumen übergreifen. Das zeigt, dass eine Dehiszenz der ganzen Trachealwand ausschliesslich der Knorpelringe besteht. Es handelt sich also nicht um eine einfache Hernie der Schleimhaut von innen nach aussen, wie manche Autoren behaupten, sondern um eine wirkliche Ruptur der ganzen Wand.

FINDER.

48) A. Priesel. **Primäres Karzinom einer intratrachealen Struma.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jhrg. 55. Juli.*

Der 56jährige Patient wies die Erscheinungen einer Pneumonie auf, und da starke Abmagerung, Behinderung im Atmen und Schlucken vorausgegangen waren, so wurde angenommen, es handle sich um eine Aspirationspneumonie nach Durchbruch eines hochsitzenden Oesopharguskarzinoms in die Luftröhre. Die Sektion erwies die Trachea unmittelbar unter dem Ringknorpel bis auf einen schmalen Spalt verengt durch einen von der hinteren Trachealwand in das Lumen vorspringenden kirschgrossen, derben, homogen-weissen Tumor, der die Trachealwand durchsetzte und den Oesophagus nach hinten abdrängte. Mit der Schilddrüse stand der Tumor in keinem Zusammenhang. Die genauere Untersuchung ergab, dass es sich um ein Karzinom in einer aberranten Schilddrüse handelte.

SCHLITTLER.

49) de Reynier (Leysin). **Neuer Epiglottisheber. (Nouveau releveur de l'épiglotte.)** *Schweiz. med. Wochenschr. Nr. 49. 1921.*

Ungefähr 20 cm langes Instrument mit flach-olivenförmigem Vorderende und handlichem, ziemlich dickem Griff, ähnlich dem Instrument Reicherts. R. braucht es hauptsächlich zu Eingriffen bei Tuberkulose der Unterfläche des Kehldeckels und der Taschenbänder, sowie ihrer Taschen. Abbildung.

JONQUIERE.

50) Pietro Caliceti. **Ueber die Nützlichkeit des von Citelli angegebenen Kehlkopfspiegels mit gekrümmtem Stiel. (Sur l'utilité du miroir laryngien à tige courbe imaginé par Citelli.)** *L'Oto-Rhino-Laryng. Intern. Nr. 11. 1921.*

Der von Citelli angegebene Kehlkopfspiegel unterscheidet sich von dem gewöhnlichen nur dadurch, dass der Stiel nicht gerade ist, sondern eine Krümmung in seiner Mitte aufweist und zwar mit der Konkavität nach oben und mit der Konvexität nach unten. Der Vorteil soll darin bestehen, dass die vordere Kommissur und der Anfangsteil der Trachea besser zu überblicken sind; ferner soll er zur leichteren Untersuchung der Kinder dienen. Zu diesem Zweck wird gleichzeitig mittels des Zungenspatels, der in den rechten Mundwinkel eingeführt und zwischen Unter- und Oberkiefer vertikal gestellt wird und so als Kiefersperrer dient, oder aber mittels einer der gewöhnlichen Mundsperrer der Mund offen gehalten.

FINDER.

e) Schilddrüse.

51) Hotz (Basel). **Zur Kropffrage.** Vorstellung am schweiz. Aerztetag in Olten. *Schweiz. med. Wochenschr. Nr. 50. 1921.*

Fünf operierte Fälle, 2 Frauen, 3 Kinder. Bei beiden Frauen Struma colloides

nodosa, die ältere, 58jährig, ohne, die jüngere mit etwas Kretinismus. Bei den drei Kindern Struma diffusa parenchymatosa. Interessant ist, dass bei allen drei noch lebhaft arbeitendes Kropfgewebe, bei dem jüngsten Kretinismus, bei beiden älteren, 10 und 12jährigen, Basedowsymptome erzeugte.

JONQUIERE.

52) **Boitel** (Lausanne). **Ueber die Aetiologie des Kropfes. (Sur l'étiologie du goitre.)** *Rev. méd. de la Suisse Romande. Nr. 11. 1920.*

Ergebnisse: 1. Etwas mehr Landvolk als Städter leiden an Kropf.

2. Es ist nicht bewiesen, dass die Häufigkeit des Kropfes der Jodarmut des Terrains proportional sei.
3. Man kann noch nicht behaupten, dass die Behandlung des Kropfes eine kausale sei.
4. Im Kanton Waadt scheint die Jurakette weniger befallen zu sein als die Talschaften.

JONQUIÈRE.

53) **Joseph L. de Coucy** (Cincinnati, O.). **Die Resultate von 245 Thyreoidektomien. (Results following 245 thyroidectomies.)** *Amer. Journ. of Surg. Nov. 1921.*

Unter 542 Fällen von Strumen wurde in den letzten 5 Jahren 245mal die Thyreoidektomie gemacht. Von den letzteren waren 216 vor der Operation behandelt worden. Bei 84 waren Röntgenstrahlen angewendet worden, 16 erhielten Injektionen in die Drüse und die übrigen 116 erhielten innerliche Behandlung. Nach der Bestrahlung wurde der Puls gewöhnlich langsamer, wurde aber nach $^1/_2$ Jahre schneller als er je war. Bei 25 Erwachsenen wurde nur das Extr. thyr. verabreicht, bei anderen 25 aber gab Verf.: Extr. thyr., Extr. hypophys. ana 0,03; plus Corp. lut. 0,12.

Bei anderen 53 gab er dasselbe mit gelegentlicher Abwechslung durch Syrup. acid. hydriodic. und Natr. jodat.

Von den 18 mit Extr. thyr. Behandelten, die länger als 4 Jahre beobachtet worden waren, wurden 16 geheilt, 2 wurden schlechter. Trotzdem schreibt Verf. der Behandlung keinen Einfluss zu. Die Fälle wurden besser oder schlechter trotz der Behandlung. Unter den 245 Operierten waren 80 mit Exophthalmus, von denen 72 vor der Operation die Ligatur bekamen. 136 waren adenomatös und 28 kolloider oder sonstiger Natur. Nur ein Fall war mikroskopisch ein Karzinom.

Ein Fall starb nach bilateraler Lobektomie, ein anderer nach einseitiger und ein dritter nach einfacher Ligatur.

Von den 165 nicht durch Exophthalmus komplizierten Fällen starb keiner und alle wurden innerhalb von 4 Monaten nach der Operation als geheilt entlassen.

Die postoperativen Massnahmen bestanden in Fernhaltung einer jeden Aufregung und anstrengenden Arbeit.

Verf. glaubt, dass von den operierten Fällen, die länger als 5 Jahre unter Beobachtung waren, 90 pCt. normal wurden, während dies bei den medizinisch behandelten Fällen nur bei 20 pCt. war.

FREUDENTHAL.

f) Oesophagus.

54) **Jung Louis. Der symptomatische Oesophagusspasmus. (Le spasme symptomatique de l'oesophage.)** *Diss. Paris 1914.*

Verf. unterscheidet nach dem Vorgehen von Enriquez und Durand Oesophagospasmen der Hysterischen und Neurasthenischen, reflektorische und symptomatische Spasmen und bespricht dann an Hand einiger Beobachtungen vor allem die letzteren. Hervorzuheben ist dabei, dass Verf. das ösophagische Verfahren empfiehlt zur Diagnosenstellung und ev. auch zur Behandlung und der Ansicht von Guisez bestimmt, dass es bei langdauerndem Spasmus zu spontaner Geschwürsbildung bzw. Narbenstriktur kommen kann. SCHLITTLER.

55) **Carl Jacobsen** (Aarhus). **Bedeutung des Schluckaktes und der peristaltischen Oesophagusbewegungen für die Behandlung der Oesophagusverengerungen. (Importance de l'acte de la déglutition et des mouvements péristaltiques de l'oesophage pour le traitement des rétrécissements oesophagiens.)** *Acta Oto-Laryngologica. Bd. 3. H. 1/2.*

Da man nach den Untersuchungen von Mosse und Brünings mittels einer mechanischen Dilatation ununterbrochene mächtige peristaltische Bewegungen im Oesophagus hervorrufen kann, so hat Verf. gemeint, es würde möglich sein, dass ein spitzer Dilatator, der mittels des Schlingaktes in den Oesophagus gebracht wird, durch die peristaltischen Bewegungen in eine Stenose eingetrieben würde. Im Verlauf der Behandlung eines Kranken mit tiefsitzender und resistenter Stenose, die durch temporäre, fortschreitende Bougierung nicht über Nr. 16 (Charrière) hinaus dilatiert werden konnte, machte Verf. den Versuch, ihn einen sehr dünnen Laminariastift verschlucken zu lassen, der an einem Faden befestigt war, so dass er nicht zu tief herabsteigen konnte und an der Stelle der Verengung bleiben musste. Einige Zeit darauf, als der Laminariastift wenn auch noch so wenig hatte aufquellen müssen, hat Pat. an der Stelle der Stenose Schmerzen und beim Zurückziehen des Stiftes spürte man einen starken Widerstand. Aus dieser Beobachtung glaubte Verf. die Tatsache folgern zu dürfen, dass, wenn man einen Körper von angemessener Form und Umfang in den Oesophagus einführt, er durch peristaltische Bewegungen in eine unterhalb gelegene Stenose eingetrieben wird. Aus Furcht, eine zu starke Erweiterung zu haben, hat Verf. nicht mehr die Laminariastifte gewählt, sondern sehr dünne Kautschucktuben, die mittels eines Fadens fixiert waren. Die Tube blieb den grössten Teil der Tages in situ und wurde in der Regel nur bei Mahlzeiten, oder wenn Schmerzen auftraten, entfernt.

Diese Behandlung erwies sich als sehr wirksam, denn es konnte schnell zur Anwendung immer grösserer Tuben geschritten werden und der Kranke konnte mit der Tube 39 (Charrière) nach Hause geschickt werden, die er die ganze Nacht bei sich behält.

Sehr dünne Kautschuckktuben wurden für die dauernde oder verlängerte Dilatation in zwei anderen Fällen angewandt, in denen die Stenose in der oberen Oesophaguspartie sass. Bei dem einen dieser Kranken — einem fünfjährigen Knaben — war die Stenose sehr eng und sass unterhalb eines grossen Divertikels. Auch bei diesen beiden Kranken hatte man mit der permanenten Dilatation mittels

durch Verschlucken eingeführter Kautschucktube guten Erfolg und der Knabe behält jetzt jede Nacht Tube Nr. 32 bei sich.

Diese Behandlung ist viel wirksamer als die fortschreitende temporäre Erweiterung, viel bequemer und gefahrloser als die von v. Hecker und Ebstein angegebene Methode der permanenten Behandlung, bei der die Kautschucktube einen Druck auf die Verengerung ausübt, was die Gefahr einer Erosion mit sich bringt.

FINDER.

56) **W. Frank Wilson** (Newcastle-on-Tyne). **Ein tödlicher Fall von einer Nadel im Oesophagus. (A fatal case of shawl pin in the oesophagus.)** *Journ. of Laryng. and Otol. Nov. 1921.*

Eine Frau hatte eine Nadel mit Glaskopf verschluckt; in einem Hospital in der Nachbarschaft wurde ein Münzenfänger eingeführt. Dieser konnte nicht wieder herausgezogen werden; erst nachdem Narkose hergestellt war, gelang dies mit erheblicher Schwierigkeit, die Nadel jedoch blieb stecken. Röntgenaufnahme zeigte die Nadel in Höhe des dritten Rückenwirbels. Pat. wurde nun in das Hoopital des Verf. aufgenommen. Befund: Starke Schmerzen, Unmöglichkeit zu schlucken, hektisches Aussehen, Fieber, massenhaft fauliger, eitriger Ausfluss aus dem Halse. Von Oesophagoskopie musste unter diesen Umständen abgesehen werden; Gastrotomie; Exitus 19 Tage nach der Aufnahme. Autoskopie ergab Mediastinitis.

FINDER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 15. April 1921.

Vorsitzender: P. Heymann.

Der Vorsitzende hält einen Nachruf auf das verstorbene Mitglied der Gesellschaft Paul Schoetz, der 23 Jahre lang dem Vorstande angehört hat.

Kuttner hält einen Nachruf auf Sir Felix Semon.

Geschäftlicher Teil.

Zum Vorsitzenden wird gewählt P. Heymann, zum stellvertreten den Vorsitzenden Gutzmann, zum Schriftführer Finder, zum stellvertretenden Schriftführer Weingärtner, zum Bibliothekar Kuttner, zum Kassenwart Kirschner.

Gutzmann stellt einen Herrn mit Pseudostimme vor. Der betreffende — ein Kollege — kann eine Sprache erzeugen, die der der Laryngektomierten ähnlich ist, indem er die linke Backentasche voll Luft presst und eine Ersatz-Stimmritze schafft, bei der der Alveolarfortsatz als innere, der Buccinator als äussere Stimmlippe wirkt. Pat. ist auf diesen Gedanken gekommen, indem er das Miauen der Katze nachahmte.

Scheier stellt einen Pat. vor, der zuerst im Jahre 1910 eine zystische Geschwulst am Zangengrund hatte, die mehrfach ohne Erfolg operiert worden ist; die Geschwulst, die einer Echinokokkusblase ähnlich sah, kehrte immer wieder. Pat. hat keinerlei Beschwerden.

Vogel stellt im Auftrage von Lautenschläger einen vor einem halben Jahr operierten Fall von Ozäna vor; die Borken sind verschwunden.

Edmund Meyer berichtet über seine Kriegserfahrungen, die er im Feld- und Festungslazarett gesammelt hat.

Von akuten Erkrankungen erwähnte er die schweren Laryngitiden bei der Grippe 1918, die sich nicht wesentlich von den früher bei der Influenzaepidemie beschriebenen unterschieden, und die Kehlkopfentzündungen bei und nach Gasvergiftungen. Besonderes Interesse bot eine Endemie von Angina Vincenti, die im Festungslazarett I Warschau beobachtet wurde. Im ganzen kamen etwa 60 meist leichte Fälle vor, einer verlief tödlich unter dem Bilde einer Diphtherie, während bakteriologisch nur Plaut-Vincent nachgewiesen werden konnte. Entgegen den sonstigen Erfahrungen war eine Uebertragung von einem Kranken zum anderen deutlich erkennbar.

Im Festungslazarett entsprach das Material im wesentlichen dem Friedensmaterial, Rekurrenslähmungen, Kehlkopfpolypen, Septumdeviationen waren häufig, auch Nebenhöhlenaffektionen kamen 118mal zur Beobachtung, unter denen 1 Fall besonderes Interesse erweckte. Ein Infanteriegeschoss war in die Stirn hineingegangen; es lag in der Keilbeinhöhle, nachdem es die Stirnhöhle und die Siebbeinzellen durchschlagen hatte, ohne das Cavum cranii zu eröffnen. Das Geschoss wurde endonasal entfernt. Nach typischer Stirnhöhlenoperation kam der Fall zur Heilung.

Von 33 psychogenen Aphonien, die auf Granatverletzungen und Verschüttung zurückzuführen waren, wurden alle bis auf eine geheilt.

Die Prognose der Nasenschüsse ist bei glatten Durchschüssen ohne allzu ausgedehnte Knochensplitterung günstig. Aufgabe der Therapie ist es, das Zustandekommen von Verwachsungen zwischen Septum und lateraler Wand möglichst zu vermeiden. Bei Eröffnung der Nebenhöhlen ist möglichst primär zu operieren.

Kehlkopfschüsse, die in die Lazarette eingeliefert wurden, sind selten, etwa 0,03 pCt., in Wirklichkeit kommen sie aber sehr viel häufiger vor, da ein erheblicher Teil der Kehlkopfverletzten schon auf dem Gefechtsfeld infolge der Zerstörung lebenswichtiger Organe, wie des Halsmarkes oder der grossen Gefässe bleibt, ein anderer Teil verlässt den Hauptverbandplatz nicht lebend. Die glatten Durchschüsse des Kehlkopfes sind im allgemeinen prognostisch quoad vitam nicht ungünstig, wenn man durch Tracheotomie die Erstickungsgefahr beseitigt. Oberhalb der Kanüle heilt der ausgeschaltete Kehlkopf meist unter ausgedehnter Narbenbildung mit Funktionsstörung aus. Killian hat gezeigt, wie wir das Atemrohr wieder herstellen können; die Aufgabe des den Verwundeten frühzeitig behandelnden Arztes ist es, das Zustandekommen der Stenosen zu verhindern. Genau wie bei den Tangentialschüssen des Kopfes ist die Frühoperation indiziert. Die Tracheotomie muss sofort ausgeführt werden, dann ist eine genaue Untersuchung und Beurteilung des Falles durch einen Laryngologen notwendig. Ist eine ausgedehnte Splitterung der Knorpel und Zerreissung der Weichteile nachweisbar, so ist die Kehlkopfspaltung zu machen, die eine sachgemässe Versorgung

der Weichteilwunde und die Reposition der Knorpelfragmente sicherstellt. Durch Tampons oder Drain ist danach das Atemrohr offen zu halten.

Zum Schluss wird eine isolierte Rekurrenslähmung durch Granatsplitterverletzung des Halses erwähnt.

Situng vom 3. Juni 1921.

Vorsitzender: P. Heymann.

Der Vorsitzende hält einen Nachruf auf das verstorbene Mitglied der Gesellschaft Edmund Davidsohn, der an einer Pneumokokken-Septikämie zugrunde ging, die von den Zähnen ausging; die Zahnerkrankung hatte zu einem Oberkieferhöhlenempyem geführt.

Der grösste Teil der Sitzung wird durch geschäftliche Mitteilungen und Erörterungen ausgefüllt.

Ein Antrag Sturmann „unverzüglich in Verhandlungen mit der Berliner Otologischen Gesellschaft einzutreten zum Zwecke der Vereinigung beider zu einer Gesellschaft Berliner Hals-Nasen-Ohrenärzte" wird nach lebhafter Diskussion vertagt, bis die Verhältnisse der Halsklinik geregelt sind.

Herr Heller (a. G.) hält einen Vortrag: Ueber die Geschichte der Mundsyphilis."

(Der Vortrag erscheint als Originalartikel im „Arch. f. Laryngologie.")

Sitzung vom 8. Juli 1921.

Vorsitzender: P. Heymann.

Der Vorsitzende hält einen Nachruf auf das verstorbene Mitglied der Gesellschaft Max Scheier.

Edmund Meyer demonstriert ein Präparat, das einem zufälligen Sektionsbefund entstammt. Es handelte sich um eine 61jährige Frau, der 1920 die Mamma wegen Ca. exstirpiert war und die an Ca.-Metastasen zugrunde ging. Intra vitam hatten keine Erscheinungen von seiten des Kehlkopfes bestanden. Bei der Sektion fand sich ein grosses tiefgreifendes Dekubitalgeschwür an der Hinterfläche des Ringknorpels und ein gleiches Geschwür an der gegenüberliegenden Stelle der hinteren Pharynxwand.

Minnigerode berichtet über einen Fremdkörperfall aus der Charitéklinik. 75jährige Frau hatte eine Gräte verschluckt und suchte erst nach vierzehn Tagen die Klinik auf. Man fand eine Vorwölbung der hinteren Rachenwand und des linken Sinus pyriformis. Es wurde inzidiert, wobei sich übelriechender Eiter entleerte, nach einigen Tagen wurde eine breitere Inzision gemacht. Schon nach wenigen Tagen konnte Pat. wieder feste Speisen geniessen. Der Fremdkörper war nicht gefunden worden.

Seifert stellt einen 13jährigen Knaben vor, bei dem ein erbsengrosser breitbasig aufsitzender Tumor unterhalb des rechten Stimmbandes entfernt worden war. Der mikroskopische Befund lautete: Fibroma molle.

Finder stellt einen Pat. mit einer Auftreibung an der Stirn vor, die ihrer Lage nach vollkommen der rechten Stirnhöhle entspricht.

Pat. gibt an, dass der Prozess im Jahre 1909 begonnen habe, und zwar sei damals eine geringe Vorwölbung mit papierdünner Wand vorhanden gewesen; allmählich ist die Vorwölbung grösser geworden und ganz hart. Zur Zeit ist eine grosse vollkommen harte Vorwölbung vorhanden, über der die Haut vollkommen normal ist. Röntgenaufnahme zeigte eine kolossal dilatierte rechte Stirnhöhle, die jedoch vollkommen durchlässig, also ohne fremden Inhalt ist. In der Nase vollkommen normaler Befund, kein Anzeichen einer Nebenhöhlenerkrankung. Pat. klagt über Kopfschmerzen. Sondierung der Höhle von der Nase aus gelang nicht. F. erörtert die Diagnose des Falles und kommt zu dem Resultat, dass hier ein Fall vorliegt, der in Parallele zu setzen ist mit den kürzlich von Benjamins als „Pneumosinus frontalis dilatans" beschriebenen.

Herr Ullmann (a. G.) hält einen Vortrag über: „Karzinosarkom des Kehlkopfes."

(Erscheint als Originalartikel im „Arch. f. Laryngologie.")

Finder.

---

b) Société Belge d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie.

XXVII. Jahreskongress Brüssel 9. und 10. Juli 1921.

Vorsitzender: Charles Goris père.

Georges Portmann (Bordeaux): Die im Handel befindlichen Vakzinen in der Oto-Rhino-Laryngologie:

Die Handelsvakzinen sollen bei akuten schmerzhaften Affektionen angewandt werden, die eine unmittelbare Behandlung erfordern, ferner von dem isoliert wohnenden Praktiker, der kein Laboratorium in der Nähe hat.

Die Autovakzinen sollen angewandt werden bei chronischen Eiterungen, bei denen das Fehlen schwerer Erscheinungen eine langsame Therapie gestattet. In jedem Falle ist es ratsam, mit einer Handelsvakzine zu beginnen, um Zeit zu gewinnen und die Autovakzine herstellen zu lassen, mit der man dann die immunisierende Therapie fortsetzen kann.

Die Erfahrungen, die P. vornehmlich mit zwei französischen Vakzinen — Dubetsche Bouillon und Lipovakzine von Le Moignic und Sezary — bei Otitis externa, Otit. med. acuta, Osteomyelitis des Oberkiefers, Gesichtserysipel erzielt hat, waren sehr ermutigend (70 pCt. Heilungen).

De Stella (Gent): Nasenrachenpolyp; Demonstration eines Präparates.

Der Tumor bestand bei einem 60jährigen Manne, der angab, dass bereits seit seinem 20. Lebensjahre die Nasenatmung unmöglich war. Der Tumor füllte die rechte Nasenhöhle, den Nasenrachenraum, die Kieferhöhle aus und inserierte breitbasig an der Umrandung der Choane am Keilbeinkörper und dem inneren Flügel des Processus pterygoideus. Der enorme Tumor wurde auf dem transmaxillo-

nasalen Wege entfernt, indem eine grosse Bresche durch den aufsteigenden Oberkieferast, das Nasenbein und die Kieferhöhle gelegt wurde.

Charles Goris père (Brüssel): Lipom des Hypopharynx; Demonstration des Präparates.

Es handelte sich eigentlich um zwei bei demselben Kranken entfernte Lipome. G. erinnert an einen von ihm Febr. 1921 beobachteten Fall von Myxo-Lipom des Pharynx.

Hicquet (Brüssel): Enukleation der Tonsille mittels der Ruaultschen Zange.

H. hält das Verfahren der Ausschälung, wie es gewöhnlich geübt wird, für gefährlich wegen der eventuellen Blutung, auch mache die Länge der Operation gewöhnlich Chloroformnarkose erforderlich. Bei der von ihm empfohlenen Methode, die Tonsille in einem Stück mittels der Ruaultschen Zange zu entfernen, muss man sich vorher über ihre Grösse Rechenschaft ablegen; zu diesem Zwecke zieht man sie etwas aus ihrer Bucht hervor. Wenn sie mit den Gaumenbögen verwachsen ist, müssen die Verwachsungen zuerst möglichst tief gelöst werden. Die grösste der von ihm gebrauchten Zangen hat einen Durchmesser von 25 mm. Man kann die Mandel mittels eines durch sie hindurchgezogenen Fadens hervorziehen. Er empfiehlt, die eine Branche der Zange in die Fossa supratonsillaris einzuführen und sie möglichst tief zu stossen, um einen Stützpunkt am Kieferwinkel zu finden. Der vordere Gaumenbogen wird mit dem Zungenspatel hinter die Mandel geschoben.

Buys (Brüssel): Dermoidkeratom des Nasenrachenraums.

B. demonstriert einen Tumor, der von ihm aus dem Nasenrachenraum eines 15 Tage alten vorzeitig geborenen Kindes entfernt wurde. Er hat die Form eines grossen Polypen und misst 25:22 mm. Der Tumor war im Nasenrachenraum befestigt und hing in die Mundrachenhöhle. Bisweilen reichte er in den Hypopharyns und wurde zur Hälfte vom Oesophagus verschluckt. Die Atmung war sehr erschwert; die Ernährung fast unmöglich. Die Folgen der Operation waren ausgezeichnet. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Dermoidkeratom handelte, das als Folge einer angeborenen Missbildung zu betrachten ist.

Fernandès (Brüssel): Ein Fall von Laryngektomie; Demonstration des Präparates.

Die Hinterwand des Larynx war durch ein grosses Chondrosarkom eingenommen. Es bestand ein enormer Unterschied zwischen dem anatomischen Befund und dem laryngoskopischen Bild; in diesem schien der Tumor auf den einen Aryknorpel beschränkt. Die Totalexstirpation wurde in zwei Zeiten gemacht.

Jean Guisez (Paris): Ueber einige technische Punkte in der Broncho-Oesophagoskopie und besonders über die Lage des Patienten.

Es ist möglich, die Achse von Mundhöhle, Rachen und Oesophagus in eine grade Linie zu bringen, wenn der Patient sitzt, sowohl mit angelehntem Rücken auf einem niedrigen Stuhl als auch rittlings den Kopf nach vorn und aufgerichtet und kürzlich hat Bensaude (Ref. Centralbl. Jahrgang 1921 S. 210) eine knieende Stellung beschrieben, dieselbe, die er für die Rektoskopie benutzt.

Nur eine Position erfüllt nach Ansicht von G. die Forderung, dass sie den Patienten am besten fixiert, so dass er nicht gleiten kann und dass die Halsmuskeln am meisten erschlafft werden, das ist die liegende Stellung, sei es auf dem Rücken, sei es auf der Seite, wenn viel Sekret vorhanden ist. Wenn man die Untersuchung beginnt, so kennt man die Ursache der Stenose nicht sicher und G. hat in letzter Zeit mehrere Fälle gesehen, wo eine Phlegmone sich in den Oesophagus öffnete: diese Patienten wären seiner Ansicht nach sicher erstickt, wenn man sie in sitzender Stellung untersucht hätte. Bei Fremdkörpern kann nur bei dieser Stellung vermieden werden, dass der Fremdkörper in die Tiefe sinkt unter dem Einfluss der Schwere und sobald der Spasmus nachgelassen hat. Diese Indikation gilt besonders auch für Bronchialfremdkörper. Nur phletorische und herzkranke Personen sollen im Sitzen untersucht werden.

Was die Anästhesie anbelangt, so muss diese beim Erwachsenen immer eine lokale sein; die Allgemeinnarkose kompliziert den Eingriff, statt ihn zu erleichtern, sie wirkt nicht gegen den lokalen Spasmus. Im wachen Zustand kann der Patient den Operateur aufmerksam machen, wenn er Schmerz verspürt, so dass dieser innehalten kann. Bei Kindern unter 3 Jahren weder lokale noch allgemeine Anästhesie; bei älteren Kindern genügt fast immer Chloräthyl.

Verf. beleuchtet mit dem Klarschen Spiegel; die Brüningsschen Röhren will er nur für bronchoskopische Zwecke verwendet wissen, für die Oesophagoskopie verwirft er sie, da sie die Speiseröhrenwandung verletzen könnten; er benutzte zu diesem Zweck Röhren mit olivenförmigem Ende.

Der Oesophagoskopie soll immer eine Untersuchung mit dem weichen Bougie und mit Röntgenstrahlen vorausgehen. Am Tage vor der Untersuchung soll man den Patienten auf flüssige Diät setzen, besonders wenn es sich um grosse Dilatationen handelt; ist Oesophagitis vorhanden, so müssen mehrere Tage vorher Spülungen gemacht werden, denn in diesem Falle kann das kleinste Trauma zu Medistinitis führen.

Goris fils (Brüssel): Extraktion unter Leitung des Fluoreszenzschirmes von zwei Fremdkörpern des Oesophagus und einem Fremdkörper der ersten linken Bronchialteilung.

Im ersten Fall handelte es sich um eine Zahnplatte, die im Oesophagus stak, im zweiten um ein 25 Centimes-Stück, im dritten um eine Tube, die ein wegen Croup intubiertes Kind zufällig aspiriert hatte und die in der ersten linken Bronchialteilung sass. Das Kind wurde tracheotomiert und der Fremdkörper von der Trachealöffnung aus extrahiert. G. meint, ohne den Wert der Broncho-Oesophagoskopie verkleinern zu wollen, dass die Extraktion vor dem Fluoreszenzschirm in manchen Fällen doch Vorteile gewähre.

Hautant und Moulonguet (Paris): Unsere Technik der Radiumtherapie bei Behandlung des Speiseröhrenkrebses.

H. u. M. unterscheiden zwischen umschriebenen Karzinomen, bei denen ein Heilverfahren versucht werden kann und ausgebreiteten Karzinomen mit Periösophagitis, bei denen man sich mit einer Palliativbehandlung begnügen muss. Die vorsichtige Untersuchung der Beweglichkeit der Neubildung mittels des Röhrenendes erlaube diese Unterscheidung zu machen. Sie weisen auf die Not-

wendigkeit einer sorgfältigen Filtration, um nur X-Strahlen von kurzer Wellenlänge zu benutzen. Die Emanationsdosen wurden — je nach der histologischen Form — auf 7—16 zerstörte Millicuries für eine Applikationsdauer von 4 Tagen berechnet. Für die Palliativbehandlung betragen die angewandten Dosen 2—3 zerstörte Millicuries.

Van Caneghem (Brügge): Heterolaterale Hemiplegie und Lähmung des Halssympathikus in Verbindung mit dem Collet-Sicardschen Symptomenkomplex.

Bericht über eine Beobachtung, bei welcher nicht nur die Lähmung der vier letzten Hirnnerven gefunden wurde, sondern in Verbindung damit Lähmung des Halssympathikus und eine heterolaterale Hemiplegie infolge Ausdehnung des pathologischen Prozesses auf das verlängerte Mark.

Fallas (Brüssel): Rezidivierendes Papillom des Gaumensegels; sarkomatöse Degeneration.

Vorstellung eines elfjährigen Kindes, das im letzten September an einem kirschgrossen Papillom des Gaumensegels operiert wurde; zurzeit Rezidiv mit sarkomatöser Infiltration des Bindegewebes. Das Kind wurde mit Radiumpunktur behandelt; der Tumor ist in Rückbildung.

Goris père (Brüssel): Vorstellung von vier operierten und seit mehreren Jahren geheilten malignen Tumoren.

1. Tumor der rechten Larynxhälfte, die Juni 1914 exstirpiert wurde. Schnelles Rezidiv, zweite Operation; Heilung seit 7 Jahren.

2. Papilläres Epitheliom des Larynx; Totalexstirpation März 1905; Heilung seit 16 Jahren.

3. Zerfallenes Epithetiom der Tonsille, sich in den Raum zwischen Zunge und Zahnfleisch auf die Innenfläche des Kiefers ausbreitend und nach unten bis in den Sinus pyriformis reichend. Erste Operation: Ausräumung des äusseren Halses, einschliesslich der Vena jugularis, der Drüsen, des Fettgewebes, der Muskeln, der Glandula maxillaris und ihrer Umgebung; 10 Tage später zweite Operation: Resektion des Unterkiefers, Abtragung der ulzerierten Zungenpartie, der Hälfte des Gaumensegels, der Tonsille und des Drittels des Pharynx; Vereinigung mittels Naht, Schleimhaut an Schleimhaut und Schleimhaut an Haut. Heilung seit $4^{1}/_{2}$ Jahren.

4. Malignes Endotheliom der Parotis, 5 Operationen, die letzte Juni 1919, seit 2 Jahren 1 Monat kein Rezidiv.

Heyninx (Brüssel): Vier verschiedene Verlaufsarten des Schusskanals bei Revolverschüssen, die in die rechte Schläfe eindrangen.

Alle vier Fälle sind geheilt.

Beco (Lüttich): Akuter Rheumatismus des Ohres.

Van Caneghem (Brügge): Ein Fall von spontanem Ausfluss von Zerebrospinalflüssigkeit aus dem rechten Ohr während eines Jahres ohne nennenswerte Störungen.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Fazialislähmung geheilt durch Resektion eines Osteoms des Canalis Fallopiae.

Georges Portmann (Bordeaux): Die normale Entwicklung des Saccus und Canalis endolymphaticus beim Menschen.

Janquet (Brüssel): Eine Reihe von Warzenfortsatzinfektionen eigentümlichen Charakters bei Grippe.

Buys und Brohee (Brüssel): Ein interessanter Fall von Septikämie otogenen Ursprungs.

Hautant und Ramadier (Paris): Bericht über Labyrinthtrepanation, Behandlungsweise des Schwindels bei Ohreiterungen.

Moreau (Nancy): Drei interessante Beobachtungen betreffend die Aetiologie der Ozäna.

Die drei Beobachtungen sollen die Rolle der hereditären Syphilis bei der Aetiologie der Ozäna beleuchten. Die Hg- und Jodbehandlung geben gute Resultate.

Jacques (Nancy): Beitrag zur pathologischen Anatomie und zur Behandlung der Choanalatresie.

Auf Grund einer gewissen Zahl persönlicher Beobachtungen glaubt J. sich zu der Annahme berechtigt, dass die Choanalatresie gewöhnlich verbunden ist mit einer Hyperostose des Schädel-Gesichtsskeletts, dass es sich um eine Dystrophie wahrscheinlich hereditärsyphilitischen Ursprungs handelt. Als Behandlung empfiehlt er nach Perforation der verschliessenden Membran mittels einer stumpfen Kornzange und nachfolgender Erweiterung der Oeffnung mittels schneidender Zange die Resektion des hinteren Vomerendes in einem Stück mittels einer starken Adenoidenzange, die von hinten nach vorn schneidet.

Hicquet (Brüssel): Nasenrachenfibrom bei 24jähriger Frau, durch die Fossa canina entfernt.

Nachdem alle Versuche, den Tumor per vias naturales zu entfernen, gescheitert waren, machte H. nach Caldwell-Luc die Eröffnung der Kieferhöhle, in welche der Tumor hineingewachsen war, und löste ihn von seiner Anheftungsstelle los, die sich in der Gegend der Basis des Proc. pterygoideus befand. Das Volumen der Geschwulst war das eines grossen Hühnereies; mikroskopische Untersuchung ergab Fibrom.

Van den Wildenberg (Antwerpen): 1. Komplikationen der vereiterten paradentären Zysten.

W. berichtet über zwei ungewöhnliche Fälle. Es handelte sich in beiden Fällen um paradentäre Zysten, die sich nach innen zu entwickelt hatten, eine palato-nasale Zyste und eine Kieferhöhlenzyste. Im ersten Fall hatte die Zyste eine Nekrose des Alveolarrandes herbeigeführt; man konnte einen Sequester entfernen, der aus einem Stück des Alveolarfortsatzes mit dem seitlichen Schneidezahn, dem Kaninus und den beiden Prämolaren bestand. In einem anderen Falle, der Kieferhöhlenzyste, war infolge der Eiterung eine Fistel in der Knochenschale entstanden uud der Eiter hatte sich im inneren Augenwinkel einen Weg durch den Orbitalboden gebahnt. Es resultierte daraus ein Abszess der Orbita mit Exophthalmie und vorübergehender Erblindung. Der Abszess wurde inzidiert und es bildete sich eine Orbitalfistel; eine zweite Fistel bildete sich oberhalb des ersten Molaris. Nach mehrwöchiger Behandlung mittels Spülungen wurde die Pat. an v. W. gewiesen, der sie mittels Radikaloperation in wenigen Tagen zur Heilung brachte.

2. Osteomyelitis des Schädelknochens infolge beiderseitiger traumatischer Stirnhöhleneiterung.

In dem mitgeteilten Fall war die Osteomyelitis eine Woche nach Fraktur der Stirnhöhlenwandung ohne Kontinuitätstrennung der Haut aufgetreten und hatte sich rapide entwickelt. Mittels breiter Resektionen des Stirnbeins, die zu wiederholten Malen vorgenommen wurden, und eines Teiles des rechten Schläfenbeins konnte der Fall geheilt werden. Der Knochen wurde in ganzer Dicke reseziert und die Resektion wurde erheblich erleichtert dadurch, dass eine Inzision durch die Kopfschwarte von einem Ohr zum anderen gemacht und der grosse Lappen nach vorne geschlagen wurde. Die Diploe des Knochens war von Eiterherden durchsetzt.

Trétrôp (Antwerpen): Osteomyelitis und Abszess des Stirnbeins als Folge einer akuten Stirnhöhleneiterung; Operation; Heilung.

Als in dem berichteten Fall eine vertikale Inzision der Weichteile an der Nasenwurzel gemacht wurde, entleerte sich rahmiger Eiter, am Ende mit Blut gemischt und die Sondenuntersuchung ergab, dass die rechte Stirnhöhlenwand kariös geworden und in grosser Ausdehnung verschwunden war. Die Hinterwand war intakt. Linke Höhle gesund. In der Mittellinie des Stirnbeins an der Nasenwurzel bestand eine Knochenkaries von 2—3 cm Durchmesser und eine Perforation führte direkt in die Schädelhöhle. Es wurde einfach ein Gazedrain eingelegt. Nach 2 Monaten war Pat. geheilt. Es handelte sich in diesem Fall um einen kragenknopfähnlichen Abszess: der rahmige Eiter stammte aus dem Stirnabszess und die blutige Flüssigkeit aus dem extraduralen Erguss, die beiden kommunizierten miteinander durch die kariöse Oeffnung im Stirnbein.

Galand (Brüssel): Polysinusitis kompliziert mit Orbitalphlegmone und Meningitis serosa; Operation; Heilung.

Akute Stirnhöhleneiterung nach Grippe mit Verlegung des Canalis frontonasalis, schwere Zerstörung der Orbitalwände und Infektion der benachbarten Sinus. Begleitende Erscheinungen von Meningealreizung verschwanden infolge Lumbalpunktion.

V. Cheval und H. Coppez (Brüssel): Affektion des Optikus infolge Erkrankung des Keilbeins und der Nachbargebilde (Orbita, hinteres Siebbein, Hypophysis).

Diese Form der Neuritis optica ist charakterisiert durch das Van der Hoevesche Symptom (Vergrösserung des blinden Fleckes) oder parazentrale Skotom. Es wird bedingt durch eine axiale Neuritis, bei der die zarten perimakulären Optikusfasern zuerst ergriffen werden. Die Ursache besteht entweder in einer Infektion der Optikusfasern oder einer Strangulation dieses Nerven in seinem Kanal. Die axiale Neuritis führt in sehr kurzer Zeit zu Verlust des Sehvermögens. Coppez hat in diesen Fällen eine frühzeitige Ausräumung des hinteren Siebbeins angeraten; der Erfolg hat ihm Recht gegeben und Verff. berichten über mehrere Fälle von restitutio in integrum nach Ausräumung aller Höhlen nur auf Grund der Feststellung einer Hyperämie der Pupille. Das Risiko der Operation steht in keinem Verhältnis zu der Gefahr der Erblindung, die über diesen Patienten schwebt. Je frühzeitiger die Diagnose gestellt, je schneller der Eingriff gemacht wird, um so grösser sind die Chancen der Heilung. (Bulletin d'Oto-Rhino-Laryngologie.)

---

c) Laryngological Section Royal Society of Medicine.

Sommer-Tagung 2. und 3. Juni 1921.

Mark Hovell: Ist die blosse Vergrösserung einer Tonsille ein guter und ausreichender Grund für ihre Enukleation?

(Als Originalartikel erschienen im Journ. of. Lar. Okt. 1921 referiert dieses Centralblatt 1921, S. 403.)

Wm. Rose tritt für völlige Enukleation ein. Er erinnert sich an 12 Fälle, in denen nach Tonsillotomie der Rest der Tonsille Anlass zu ständigen Störungen gab. Er stimmt in Bezug auf die Narbenbildung, die nach Enukleation folgen kann, mit Hovell überein.

Faulder hält bei blosser Vergrösserung der Tonsillen ohne weitere Erscheinungen die Entfernung der überstehenden Portion für genügend; wo aber septische Tonsillen zurückgelassen werden, können sie verderblich wirken.

Sir Wm. Milligan sieht in jeder vergrösserten Tonsille auch eine erkrankte Tonsille. Septische Tonsillen erfordern Enukleation, da sonst die zurückbleibende Krypten weiter infiziert werden und zu Störungen führen. Partielle Entfernung macht oft eine zweite Operation notwendig. In Fällen von Tonsillenhypertrophie erfordert vor der Operation der Zustand von Nase, Mundhöhle und Zähnen Aufmerksamkeit. Eine vergrösserte Tonsille kann tuberkulös sein; eine partielle Entfernung ist dann gefährlich. Unnötige Hast bei der Enukleation ist wahrscheinlich oft die Ursache für nachherige Narbenbildung. Er verwirft die Naht der Gaumenbögen bei Blutungen, da dadurch Narbenkontraktion herbeigeführt wird. In den seltenen Fällen, wo ihm eine Blutung vorkam, führte er eine Naht unter dem Bett der Tonsille in den Constrictor superior und durch die Gaumenbögen und zog so alle Gewebe zusammen. Narbenkontraktion trat darauf nicht ein.

Wright: Bei häufigen Peritonsillitiden ist die Enukleation der einzig wirksame Eingriff; Enukleation einer grossen beweglichen Tonsille ist ebenso leicht wie eine Tonsillotomie.

Diggle hat von 75 Tonsillen, die mikroskopisch untersucht und auf Meerschweinchen verimpft wurden, nur fünf tuberkulös gefunden; klinisch konnten sie nicht als tuberkulös erkannt werden.

C. F. O'Malley hält, wenn überhaupt operiert werden soll, nur die Tonsillektomie für gerechtfertigt. Blutungen sind nach Tonsillotomie häufiger und gefährlicher als nach Tonsillektomie; die Narbenbildungen sind mehr auf häufig überstandene Entzündungen zurückzuführen, als auf die Operation.

Burger (Amsterdam) empfiehlt bei Kindern Tonsillotomie, bei Erwachsenen Tonsillektomie.

Herbert Tilley benutzt das Tonsillotom seit fünf Jahren nicht mehr. Er schält die Tonsillen stets aus, seien sie erkrankt oder hyperplasiert; 20 pCt. der zu ihm kommenden Erwachsenen mit chronischer septischer Tonsillitis waren als Kinder tonsillotomiert worden. Er möchte gern die Grenzlinien zwischen Hyperplasie und Erkrankung der Tonsille definiert haben.

Hovell (Schlusswort): Bei septischen Krypten ist die Tonsillektomie angezeigt, aber gegen diese Operation bei blosser Vergrösserung der Tonsillen muss protestiert werden.

Walter Howarth: Operationen an der Stirnhöhle.

(Originalartikel Journ. of Lar. Sept. 1921 referiert dieses Centralblatt 1921, S. 355.)

Hubert Tilley macht die Killiansche Operation seit 6 oder 7 Jahren nicht mehr. Er stimmt mit Howarth überein, dass der Misserfolg bei Stirnhöhlenoperation sehr häufig darauf beruht, dass eiternde Orbito-Ethmoidalzellen übersehen werden. Er bezweifelt, ob alle anatomischen Schwierigkeiten durch Operation vom Orbitaldach aus vermieden werden können. Er fragt, ob Howarth den Supraorbitalnerven durchtrennt; er hat Patienten lange Zeit infolge dieser Durchtrennung leiden sehen.

Sir St. Clair Thomson hat seit dem Kriege nicht mehr von aussen, sondern nur noch intranasal operiert. Wenn Störungen durch die Siebbeinzellen verursacht wurden, so wurde er durch die intranasale Methode nicht befriedigt. Das Problem der Orbito-Ethmoidalzellen scheint zur Zeit unlösbar. Statistiken sind irreführend! Killian hatte bei seinen ersten 46 Fällen keinen Exitus, aber bevor er hundert operiert hatte, waren drei Todesfälle passiert.

W. L. Syme: Siebbeineiterung in Verbindung mit Stirnhöhlenerkrankung kann nicht mit Sicherheit durch Operation von aussen beseitigt werden; er macht in der Hauptsache die intranasale Stirnhöhlenoperation, in Fällen jedoch, in denen man damit nicht auskommt, operiert er von aussen.

O'Malley glaubt, dass in der Mehrzahl der Fälle die Stirnhöhlenerkrankung vom Siebbein ausgeht.

Kisch hält die Ausräumung der Siebbeinzellen für den wesentlichen Punkt bei der Behandlung der Stirnhöhle; die sogenannte intranasale Operation ist in Wirklichkeit eine Siebbeinoperation.

T. B. Layton betrachtet als das Wichtigste in Howarths Ausführungen, dass die Schleimhaut so wenig wie möglich angerührt werden soll, möglicherweise beruhen seine Erfolge zum Teil darauf, dass die Schleimhaut respektiert wurde.

Sir Wm. Milligan ist der Meinung, dass die akuten resp. subakuten und die chronischen Fälle von zwei verschiedenen Gesichtspunkten zu betrachten seien. In den ersteren ist die intranasale Operation berechtigt, bei den letzteren ist es infolge des erkrankten Zustandes der Schleimhaut unwahrscheinlich, dass solch ein Verfahren zum Ziel führen wird. Er empfiehlt unter gewissen Umständen die Killiansche Operation, jedoch entfernt er die Brücke, weil, wenn man sie stehen lässt, die Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich abnorme Granulationen bilden, die eine zweite Operation notwendig machen. Eine Schonung der Schleimhaut, falls sie nicht allgemein erkrankt ist, ist wünschenswert.

Neil Maclay möchte vor der intranasalen Operation warnen; er hatte zwei Fälle von Osteomyelitis nach ihr. Er ist jetzt in der Anwendung der Methode sehr vorsichtig und begrüsst Horwarths Vorschläge für eine Operation von aussen.

Sir St. Clair Thomson: Der gewöhnliche Sitz des intralaryngealen Karzinoms, wie er sich bei 50 Laryngofissuren darstellt.

(Veröffentlicht Brit. med. Journ. 25. Juni 1921 referiert dieses Centralbl. 1921 S. 246.)

Horgan bestätigt auf Grund von vier Laryngofissuren die Bemerkungen Thomsons. In einem Falle, in dem die Geschwulst in den vorderen zwei Dritteln der Stimmlippe sass und sich in die Regio subglottica erstreckte, war die Operation kompliziert und es gelang nicht, den Tumor vollständig zu entfernen.

J. Dundas Grant spricht über die Neigung der Erkrankung, auf die subglottische Region sich auszubreiten, wenn sie nahe der vorderen Kommissur lokalisiert ist; er führt einen französischen Autor an, der einen Tumor in der vorderen Kommissur als Indikation für die Laryngektomie bezeichnet.

Burger (Amsterdam) hat stets geglaubt, dass der hintere Teil der Stimmlippen am häufigsten betroffen sei. Er fragt, ob Herabsetzung der Beweglichkeit oder Fixation der Stimmlippe eine Kontraindikation gegen die Laryngofissur bilde.

Sir St. Clair Thomson (Schlusswort): Es gibt Abstufungen in der Malignität, von denen wir gegenwärtig noch wenig wissen. Er hat alle seine Fälle veröffentlicht; es sind darunter 4 Todesfälle. Die Laryngofissur ist bei vorsichtigem Vorgehen eine ungefährliche Operation; Tod kann erfolgen durch Pneumonie oder Blutung. Herabgesetzte Beweglichkeit oder Fixation einer Stimmlippe bildet nicht notwendigerweise Kontraindikation gegen Laryngofissur; einige Fälle, in denen solche bestand, haben noch viele Jahre gelebt.

Sir Wm. Milligan: Diathermie bei inoperablen pharyngealen und epilaryngealen malignen Erkrankungen.

(Originalartikel im Journ. of Lar. August 1921. Ref. dieses Centralbl. 1921 S. 273.)

Musgrave Woodman hat Blutungen erlebt und empfiehlt vorherige Unterbindung der benachbarten grossen Gefässe, um sie zu vermeiden. Er hat die Behandlung von Zylinderzellenkarzinomen leichter gefunden als die von Plattenepithelkarzinomen. Bei letzteren bleibt ein harter resistenter Rest. Es ist schwierig beim Koagulieren von Gewebe zu wissen, wenn man aufzuhören hat.

Wright möchte Auskunft über die Behandlung der Hautinzisionen, wenn man es mit Metastasen zu tun hat und ob in diesem Fall primäre Naht zu empfehlen ist. Er fragt, ob Milligan Nekrose der Larynxknorpel gesehen hat.

Sir St. Clair Thomson hat gefunden, dass Tumoren des Gaumens und der Rachenwand die günstigsten Fälle sind, dass dagegen bei solchen des Zungengrundes und der Epiglottis das Verfahren entweder gefährlich oder schwierig sei.

Ridout hat ein Epitheliom des rechten Oberkiefers bei einem Patienten mit hohem Blutdruck und desgleichen einen Fall von Epitheliom der Epiglottis und des Hypopharynx nach vorheriger Tracheotomie mittels Diathermie behandelt und bei beiden besteht anhaltende Besserung.

Worthington ist der Ansicht, dass die Diathermiebehandlung nicht für inoperable Fälle reserviert bleiben solle, sondern dass sie der Operation mit dem

Messer vorzuziehen sei. Er hat einen Fall behandelt, wo der Chirurg die Zunge entfernen wollte; Pat. wollte darauf nicht eingehen, worauf W. nach vorheriger Unterbindung der Carotis interna und Entfernung der Drüsen den Tumor nur mittels Diathermie beseitigte.

Walter Howarth empfiehlt bei Diathermiebehandlung von Geschwülsten des Mundbodens und der Zunge die vorläufige Unterbindung der A. lingualis sowohl wie der Carotis externa.

Norman Patterson zeigt epidiaskopisch die Resultate, die er in einigen Fällen maligner Erkrankung des Halses mittels dieser Methode erzielt hät. Auch er ist der Ansicht, dass diese nicht auf sogenannte inoperable Fälle beschränkt bleiben solle; alle Fälle von maligner Erkrankung in Mundhöhle und Kehlkopf könnten besser mit Diathermie als mit blutiger Methode behandelt werden. Er ist ein Feind von Operationen in mehreren Etappen und empfiehlt Unterbindung der Gefässe, Entfernung der Drüsen und des primären Tumors in einer Sitzung. Diathermie sei viel mehr als eine blosse palliative Methode.

Sir Wm. Milligan (Schlusswort) empfiehlt die Bezeichnung „Endothermie“. Bei Larynxfällen besteht die Gefahr der Knorpelnekrose. Seine besten Resultate hatte er bei Tumoren des Gaumens und des Rachens. Er zieht die Operation in mehreren Sitzungen vor.

Logan Turner: Stimmbandlähmung sekundär zu malignem Tumor der Mamma.

(Originalartikel im Journ. of Lar. August 1921. Ref. dieses Centralbl. 1921. S. 285.)

Sir Wm. Milligan hat zwei Fälle gesehen, einen homolateral, einen kontralateral; in letzterem Fall trat die Lähmung $4^1/_2$ Jahre nach Amputation der Mamma auf. Er glaubt nicht, dass Vergrösserung der Supraklavikulardrüsen vorhanden war.

Walter Howarth hat kürzlich einen Fall mit rechtsseitiger Stimmbandlähmung und einem Drüsentumor oberhalb des inneren Endes der Klavikula gesehen; die rechte Brust war wegen Scirrhus amputiert worden.

Sir J. Dundas Grant glaubt nicht, dass jeder Fall von Stimmbandlähmung nach Mammakarzinom mit diesem zusammenhänge; in einem von zwei Fällen von Rekurrenslähmung infolge alkoholischer Neuritis war die eine Brust wegen Ca. entfernt worden. Unter geeigneter Behandlung bekam die Pat. ihre Stimme wieder.

Pyke berichtet über einen Fall, wo bei einem Mann eine rechtsseitige Rekurrenslähmung nach Operation eines Rektumkarzinoms auftrat; eine Erklärung für diesen Fall ist nicht vorhanden.

F. Hobday: Eine plastische Kehlkopfoperation bei Stimmlippenparese der Pferde.

(Originalartikel im Journ. of Lar. September 1921. Ref. dieses Centralbl. 1921. S. 364.)

Herbert Tilley: Diese Operation kann beim Menschen nur in Frage kommen, wenn es sich um eine beiderseitige Postikuslähmung handelt; es ist aber

zu bedenken, dass solche Pat. gewöhnlich eine schwere intrathorazische oder zentrale Erkrankung haben. In der kleinen Zahl von Fällen, wo es sich um eine Fixation handelt, kann man an die Hobdaysche Operation denken.

Michael Vlasto (Ausführungen als Originalartikel erschienen. Ref. dieses Centralbl. 1921. S. 437.)

Worthington rät zu Versuchen bei Tieren, deren Kehlkopf sich dem menschlichen Typus mehr nähere.

J. F. O'Malley glaubt nicht, dass die eventuelle Wirkung auf die Stimme eine Gegenanzeige bilden würde; da Hobday nur die Schleimhaut des Ventrikels ablöse, so würde die Annäherung der Stimmlippen bei der Phonation nicht sonderlich gestört.

Der Vorsitzende hat Kehlköpfe von Pferden mit Stimmbandlähmung untersucht und hauptsächlich eine Atrophie des Nerven gefunden. Es handelt sich um eine neuropathische Lähmung; sie könnte verursacht werden durch zerrende Bewegungen, welche die Aorta auf den Nerven ausübt, wenn das Pferd sich anstrengt. Er hat sie öfter bei Vollblütern und häufiger bei Hengsten als bei Stuten gefunden.

Hobday (Schlusswort): Bei den Pferden handelt es sich um Lähmung des linken Stimmbandes, und zwar bei Tieren, die sehr angestrengt wurden. Das fortwährende Anschlagen der Aorta an den Nerven verursache eine Atrophie dieses. Eine andere Theorie laute, dass vergrösserte Drüsen auf den Nerven drücken bei der sog. „Druse" der Pferde. 70 pCt. der Pferdebesitzer sagen, dass die Tiere kein Rohren hatten, bis die Druse auftrat.

W. J. Syme: Bronchoskopie bei der Behandlung des Asthma.

(Originalartikel im Journ. of Lar. September 1921. Ref. dieses Centralbl. 1921. S. 365.) (Nach Journal of Lar. and Otol.)



Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVIII. Februar 1922. No. 2.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **G. Bradt** (Berlin), **Calamida** (Mailand), **R. Dreyfuss** (Frankfurt a. M.), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **F. Hanszel** (Wien), **R. Hoffmann** (Dresden), **R. Imhofer** (Prag), **G. Jonquière** (Bern), **R. Kotz** (München), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **R. Lund** (Kopenhagen), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Berlin 1922.

Verlag von August Hirschwald.

NW., Unter den Linden 68.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVIII. Berlin, Februar. 1922. No. 2.

I. Referate.

a) Allgemeines; obere Luftwege.

1) **R. Gerber †. Latente Halslues-Familieninfektionen.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40. S. 1110. 1920.*

G. weist in dieser praktisch wichtigen Arbeit darauf hin, dass ein Hauptfehler der Aufklärungsarbeit über Lues der sei, dass man die Krankheit immer noch zu sehr als eine rein äussere — eine Krankheit der Geschlechtsteile — darstelle. Es sei derselbe Fehler, der bei Bekämpfung des Lupus begangen wurde, welcher lediglich als Hautkrankheit angesehen, der frühzeitigen Erfassung entgehe.

Dass die Lues sich zuerst im Halse oder auch nur im Halse zeigen kann, ist dem Laien und leider auch dem Arzte immer noch zu wenig bekannt. G. sieht dabei von den auch gerade nicht seltenen Primäraffektionen in der Mundrachenhöhle ab, verweist vielmehr auf die Schleimhautaffektionen der beginnenden, sogenannten Sekundärperiode, nächst und neben den Hauterscheinungen bekanntlich die häufigsten. Primäraffekt oder Roseola brauchen nicht vorangegangen zu sein oder sie werden nicht wahrgenommen oder in ihrer Bedeutung nicht erkannt, weil sie sich in Formen präsentieren, die von den klassischen wesentlich abweichen, Auch die Sekundärerscheinungen im Hals können wenig Charakteristisches bieten: oft in einem irgendwo versteckten Winkel ein kleiner Fleck, wie mit dem Lapis eben hingewischt, oft aber anstatt eines Minus ein Plus an Rot, oft genug ein fibrinöser Belag — das Bild der Angina simplex, lacunaris, necrotica, der Diphtherie, der Plaut-Vincentischen Angina, ein Herpesbläschen usw. Sehr wesentliche Anhaltspunkte für die richtige Deutung des Befundes im Hals ergeben die Betastung desselben von aussen und die Anamnese. Wenn seit langer Zeit Halsschmerzen und in geringfügiger Form bestehen, so gibt das schon einen Fingerzeig. Die akuten Halsaffektionen von der einfachsten Angina bis zur Diphtherie verlaufen rascher und mit stärkeren subjektiven und objektiven Erscheinungen. Für die differentialdiagnostisch in Betracht kommende Tuberkulose bestehen genügend andere Symptome, bei der Plaut-Vincent-Angina soll man sich nicht nur mit der Untersuchung des Belages begnügen, sondern zu einer solchen mit der Pravazschen

Spritze angezogenen Gewebssaft entnehmen, da die Pallidae meist schnell in die Tiefe dringen. Für Lues charakteristisch sind kleine, harte, indolente Drüsen am hinteren Kopfnickerrand. Dass die Wa.-Untersuchung nicht vergessen werden darf, ist selbstverständlich. Durch das äussere Aussehen der luesverdächtigen Patienten darf man sich nicht täuschen lassen, viele solcher sehen blühend gesund aus, manche aber auch anämisch und matt. C. illustriert seine Ausführungen durch einige sehr instruktive Krankengeschichten, bei denen es sich um schwerwiegende Familieninfektionen handelt. Bezüglich dieser sei auf das Original verwiesen.

G. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Lues der Mundrachenhöhle steht in bezug auf die Infektionsgefahr obenan. 2. Die Kenntnis der latenten Halslues entzieht sich immer noch weitesten Kreisen. 3. Die Diagnose der Halssyphilis ist oft äusserst schwierig. 4. Die Seuchenbekämpfung muss sich vielmehr als bisher der Mithilfe der Hals- und Nasenärzte versichern.

R. HOFFMANN.

2) **Guglielmo Bilancioni. Klinische Beobachtungen über unerkannte Syphilis mit Lokalisation im Bereich der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und des Ohres. (Osservazioni cliniche sulla sifilide ignorata con localizzazioni a carico del naso, della faringe, della laringo e dell' orecchio.)** *Atti d. Clinica oto-rino-laring. d. Roma. Bd. 18. 1920.*

Vf. führt eine grössere Anzahl von Krankengeschichten an, deren Lektüre zeigen soll, dass in allen zweifelhaften Fällen, in denen die Beschwerden sich mit grösserer Intensität und über eine längere Zeit bemerkbar machen, man immer an Syphilis denken muss; ferner soll gezeigt werden, welche Unterstützung in solchen Fällen die Diagnosenstellung durch die Wassermann-Reaktion erfährt.

CALAMIDA.

3) **Hubert Arrowsmith** (Brooklyn). **Gangosa.** *The Laryngoscope. Nov. 1921*

Gangosa ist eine ulzerative Erkrankung des Gaumens, der Nase, des Rachens und der Haut, aus unbekannter Ursache, die allmählich sich auf Nase und Kehlkopf ausbreitet, Knochen und Knorpel zerstört und grosse Deformitäten verursacht. Die Krankheit beginnt bisweilen unter dem Bilde von Halsschmerzen oder Schnupfen oder mit einem Knötchen auf dem Gaumen. Es bildet sich bald ein Geschwür, das zuerst oberflächlich ist, dann sich durch Knorpel und Knochen hindurchfrisst; es wechseln Perioden der Aktivität und der Ruhe. Es handelt sich um eine Nekrose der Gewebe; die Reaktion beschränkt sich auf kleinzellige Infiltration, einige Riesenzellenbildung, Proliferation von Blutgefässen und Bildung von Granulationsgewebe.

Die Krankheit ist endemisch in Guam, den Ladronen, Karolinen, Fidjiinseln, Panama, Britisch-Guiana, Ceylon und Zentralafrika.

Der mitgeteilte Fall ist bemerkenswert, weil er einen Italiener betraf, der seit Jahren in Amerika lebte und nie in den Tropen gewesen war. Der Fall endete tödlich.

O T. FREER.

4) **Charles R. C. Borden** (Boston). **Lungenkomplikationen nach Nasen- und Halsoperationen. (Pulmonary complications following nose and throat complications.)** *The Laryngoscope. Nov. 1921.*

Vf. erörtert die Gründe, aus denen es nach rhino-laryngologischen Opera-

tionen, z. B. verhältnismässig häufig nach Tonsillektomien, zu Lungenabszessen kommen kann. Nach der Annahme der einen entstehen sie als Resultat der Inhalation von Blutgerinnseln, Stücken der Tonsillen, resp. Adenoiden oder Pfröpfen aus den Krypten erkrankter Tonsillen, nach der anderen Theorie sind sie zurückzuführen auf Emboli und septische Infarkte.

Aus den Ausführungen des Vf's. geht hervor, dass er den Hauptgrund in der Inspiration von Blutgerinnseln und Schleim seitens der tief narkotisierten Patienten sieht; auch kommt es vor, dass die Patienten nach Verlassen des Operationsraumes erbrochenen Mageninhalt inspirieren. Vf. warnt davor, vor der Operation Atropin oder Morphium zu geben. Während der Operation ist es zweckmässig, Blut und Schleim mittels einer Saugpumpe abzusaugen; exakte Blutstillung während der Operation und genaue Ueberwachung des Patienten nach derselben ist notwendig.

O. T. FREER.

5) **Grossmann. Trigeminusneuralgie.** Ges. der Aerzte Wien, Sitzung v. 16. April 1920. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42. S. 1180. 1920.*

Vorstellung eines Falles von Trigeminusneuralgie, der durch Galvanokaustik der Nasenschleimhaut geheilt wurde. Es genügten hierzu einige Aetzungen, um ein Ausheilen der Anfälle zu bewirken.

R. HOFFMANN.

6) **Emil Glas** (Wien). **Beiträge zur Oesophagoskopie und Tracheoskopie.** *Wiener med. Wochenschr. Nr. 48. 1921.*

Mitteilung einer Anzahl von bemerkenswerten Fällen. Ein Fall illustriert die Wichtigkeit der Röntgenaufnahme: Bei der Oesophagoskopie wurde nur ein Schleimhautriss, aber kein Fremdkörper gefunden; Röntgenunterssohung mit Bariumpaste ergab das Vorhandensein einer im oberen hinteren Mediastinum gelegenen, mit dem Oesophagus kommunizierenden Höhle, in deren Lumen ein kalkdichter Fremdkörper lag, womit der Beweis erbracht war für das Vorhandensein eines durch Perforation eines Knochensplitters entstandenen mediastinalen Abszesses. Nach Resektion eines grossen Strumalappens wurde die Oesophagotomie gemacht, der Knochen extrahiert, der Abszess eröffnet und drainiert. Heilung.

In einem andern Falle hatte der Fremdkörper, der einige Zeit lang eingeheilt gewesen und wohl durch eine kräftige Schluckbewegung hinabbefördert worden war, zu Druck- und Entzündungserscheinungen im Gebiete des linken Krikoarytaenoidgelenks geführt, woraus teilweise Fixation der linken Larynxseite und Oedem der entsprechenden Schleimhautpartien resultierte.

Bei einem $8^1/_2$ Monate alten Kind wurde tracheoskopisch ein 1 cm unterhalb der Glottis befindlicher Reissnagel entfernt, dessen Breitseite sich glücklicherweise vertikal gestellt hatte, so dass ein Danebenatmen möglich war.

Vf. zieht bei Kindern die sitzende Stellung im allgemeinen der liegenden vor; nur bei flottierenden Fremdkörpern erscheint zum besseren Fassen die liegende Stellung der Kinder geeigneter; ferner, wenn starkes Speichelbildung oder sehr vermehrte Sekretion ein intensiveres Abtupfen und Absaugen nötig macht.

In einem Falle war bei einem Kind mit Larynxpapillomen bei Entfernung dieser ein Stück der Kehlkopfzange abgebrochen und musste bronchoskopisch aus dem rechten Bronchus entfernt werden.

Zum Schluss berichtet G. über zwei Tracheoskopien bei Kindern mit tracheobronchialen Lymphdrüsen. Charakteristisch ist — wie schon H. v. Schrötter betonte — in diesen Fällen die durch Vergrösserung der interbifurkalen Lymphdrüsen hervorgerufene Verbreiterung des Sporns.

HANZSEL.

7) **Landwehrmann. Demonstration von Präparaten aus Nase und Ohr.** Med. Ges. Kiel, Sitzung vom 6. November 1919. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 11. S. 263. 1920.*

1. Nasenpolyp von ausserordentlicher Grösse, endonasal entfernt. 2. Choanalpolyp, der bei der endonasalen Entfernung mit dem Kieferhöhlenpolypen im Zusammenhang geblieben war. 3. Der choanale Abschnitt des Vomers eines Erwachsenen, durch dessen Entfernung die angeborene Choanalatresie beseitigt wurde. 4. Spulwurm, der im Mittelohr sass und durch Parazentese entfernt wurde.

R. HOFFMANN.

8) **G. Finder** (Berlin). **Rhino-laryngologische Ratschläge für den Praktiker.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17—29. 1921.*

Eine Serie von Artikeln, in denen die für den allgemeinen Praktiker hauptsächlich in Betracht kommenden Kapitel aus dem Gebiete der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten behandelt werden.

R. HOFFMANN.

9) **Heubner. Experimentelles und Theoretisches zur Inhalationstherapie.** Med. Ges. Göttingen, Sitzung vom 19. Juni 1919. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 52. S. 1247. 1919.*

Eingehende Versuche mit Milch, Farbstoffkörnern usw. ergaben, dass die Resorptionsfähigkeit der Bronchialschleimhaut eine sehr grosse und schnelle ist. Die Substanz dringt bis tief in den Alveolarbaum, lagert sich in den Septen und Lymphspalten ab und erzeugt dort eine hohe Konzentration der Mittel, die abhängig ist von der Art der Zerstäubung.

Bei der Dosierung soll man auf eine hohe Konzentration Wert legen; so wird Kalk in 40—50proz. Lösung empfohlen.

Für die Dosierung ist ferner die Tatsache wichtig, dass der Niederschlag nicht abhängig ist von der Krümmung der Wege, wohl aber von der Verengerung. Da die Mundschleimhaut nur sehr wenig resorbiert, passieren 90 pCt. der Substanz die Glottis, und der Verlust ist nur auf $^1/_4$—$^1/_5$ zu veranschlagen.

Für die Praxis empfiehlt H. die Inhalationstherapie besonders bei Stenosen und bei Asthma.

R. HOFFMANN.

10) **Harold M. Hays. Eine verbesserte Stirnlampe. (An improved head lamp.)** *The Laryngoscope. November 1921.*

Auf den Stirnreifen kann ein zylindrischer Behälter montiert werden, der eine kleine Zweizellenbatterie enthält; dieser Behälter mit der Batterie befindet sich vor der Mitte der Stirn. Ausserdem kann die Lampe mittels Drähte an jeden Rheostaten angeschlossen werden.

O. T. FREER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

11) **Josef Beck** (München). **Ueber die plastischen Operationen an Nase und Ohr. (Historischer Ueberblick über ihre Entwicklung unter besonderer Berücksichtigung der grundlegenden modernen Methoden.)** *Internat. Zentralbl. f. Ohrenheilk. u. Rhino-Laryng. Bd. 19. H. 7/8. 1921.*

Wert und Bedeutung des jeweiligen Standes eines Wissensgebietes lernen wir am besten dadurch kennen, dass wir seinen Entwicklungsgang uns näher ansehen. Zu intensivem Studium, zu Darstellungen weit und tief angelegter Art werden nur wenige Gelegenheit finden. Um so verdienstvoller ist die geschichtliche Sichtung eng umschriebener Sonderthemen und zwar auch diese in engem Rahmen. Hierin liegt das Verdienst der Arbeit von Beck — mögen ihr andere Arbeiten folgen. Wir sehen die plastischen Operationsmethoden, die Autoplastik, die Heteroplastik und die Alloplastik sich entwickeln, neben ihnen die kombinierten Modifikationen, lernen die Nöte kennen, aus denen sie geboren, die zerstörenden Krankheiten, gewaltsame Verstümmelungen verschiedener Art. Suxenta zeigt uns den Anfang, zu Celsus Zeiten ist die Rhinoplastik noch bekannt. Aber erst im 15. Jahrhundert wird sie durch den Sizilianer Branca zu einer durch Erfolge anerkannten Operation. Heinrich v. Pfulspennt, ein deutscher Chirurg, bringt sie gleichzeitig zu Ehren. Karl Ferdinand Gräfe und Dieffenbach bauen ihr die Brücken in die moderne Chirurgie, in der zu Langenbecks Zeit die ersten Versuche gemacht werden, das Nasengerüst einzuheilen. —

Die Ursprünge der Otoplastik sind die nämlichen. Beck gibt uns hiervon nur eine kurze Skizze. — K. KASSEL.

12) **A. Binnerts** (Den Haag). **Einseitige Choanalatresie bei einem Säugling von drei Monaten.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. S. 324.*

Das Kind stammt von gesunden Eltern, keine Frühgeburt. Es konnte nur immer zwei bis drei Schlückchen hintereinander nehmen, nur eine halbe Stunde hintereinander schlafen, wachte dann unter Beklemmungen auf. Bei Erkältung Zunahme der Beschwerden. Die rechte Nasenhälfte war vollkommen durchgängig, die linke ergab bei Sondenuntersuchung einen knöchernen Verschluss, der vor dem Vomer gelegen war. Ausserdem war an beiden Ohren ein zweiter, etwa 2 cm langer Tragus vorhanden. — Nach Anästhesie mit 10proz. Novokain + Adrenalin wurde die Atresie nach Siebenmanns Methode aufgemeisselt. Das hintere Vomerende wurde ganz abgeknabbert, um dem Entstehen von Verwachsungen vorzubeugen. Ein 5 mm dickes Drainrohr blieb zwei Wochen lang liegen. In den ersten Tagen bis 39,8° Temperatur. Später keine Störung. Zunahme in der ersten Woche 450 g. Keine Störung mehr beim Trinken und Schlafen. Die Wundfläche wurde einige Male mit Chromsäure geätzt. Nach viermonatiger Revision war das linke Nasenloch ebenso durchgängig wie das rechte. BRADT.

13) **P. Schmidt** (Halle a. S.). **Zur Aetiologie von Schnupfen und Grippe.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. S. 1181. 1920.*

Der Ansicht Kruses von einem unsichtbaren filtrierbaren Erreger bei Schnupfen und Grippe hat eine Reihe anderer Forscher sich angeschlossen, andere wiederum haben derselben widersprochen.

Sch. hat während der zwei Grippeepidemien im Frühjahr 1919 und Frü jahr 1920 in Halle und Berkefeld Filtrationen von Grippe- und Schnupfensekre mit zahlreichen Impfungen an Menschen ausgeführt, um eine Klärung in die Frage zu finden.

Seine Untersuchungen vermochten die Ansicht Kruses nicht zu stütz zum mindesten nicht die Annahme eines reichlich im Sputum Grippekranker vo handenen und in grösserer Anzahl die Filter passierenden Erregers. In der A nahme einer ausserordentlichen unsichtbaren Kleinheit und eines Steckenbleib des Erregers in den Filtersporen würde aber ein Widerspruch liegen; auch Vermutung eines spärlichen Vorkommens dieses unsichtbaren filtrierbaren Erreg in den Krankheitssekreten verträgt sich schwer mit der Tatsache der grossen Üb tragbarkeit von Schnupfen und Grippe. Weitere Untersuchungen sind dring erwünscht.

R. HOFFMANN.

14) **J. Coleman Scal** (New York). **Die Anwendung von Scharlachrotemuls bei atrophischer Rhinitis (Ozäna). (The use of scarlet red emulsion atrophic rhinitis [ozaena]).** *The Laryngoscope. August 1921.*

Vf. empfiehlt, alle 2 Tage eine 4proz. Emulsion von wasserlöslichem Sch lachrot unter sanfter Massage auf die Schleimhaut aufzutragen, nachdem Borken unter alkalischer Spülung entfernt wurden; die Schleimhaut ist dann einer dicken Emulsionsschicht bedeckt. Bereits nach der zweiten Applikati pflegen Foetor und Borken zu verschwinden.

O. T. FREER.

15) **A. Lautenschläger. Pathologisch-anatomische Studien zur Ozänafra** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. S. 280.*

Untersuchung der Nebenhöhlen von 400 Kranken mit Rhinitis atrophica Makroskopisch auffallend ist bei typischen Ozänafällen die Raumverminderu von Kiefer- und Keilbeinhöhle und Siebbeinzellen, ebenso Verkleinerung Höhlenwände. Häufig findet sich Osteosklerose. Mikroskopisch: Zeichen sta gehabter chronischer Entzündungen, besonders auf Knochenoberfläche und in Ma räumen. Zuweilen ist der Knochen teilweise resorbiert, mit mächtigen Peric wucherungen bis in die Markräume hinein (Osteomyelitis fibrosa). Knochenstruk sonst gut erhalten. Schleimhaut häufig schon makroskopisch verändert im Sin chronischer Entzündung, zuweilen normal aussehend, jedoch stark verdickt (r subepitheliales Bindegewebe enthaltend). Sekret wechselt in Quantität und Qua tät, ist jedoch meist dünnflüssig; die Menge steht im umgekehrten Verhältnis Dauer der Entzündung. Das Epithel ist gefältelt, sonst nicht verändert, da Entzündungsprozess sich fast ausschliesslich im Bindegewebe abspielt. Platte epithel selten. Vermehrung der Bindegewebsfibrillen. Im letzten Stadium der Er zündung Aufhellung der Gewebe. Narbige Stellen, Drüsenanhäufungen, Zyste bindegewebige Verdickungen schützen dann vor Verwechslung mit normalem G webe. Anatomisch ist nichts eigentlich Charakteristisches für die Ozäna in d Nebenhöhlen nachzuweisen. Beim Vergleich der anatomischen Befunde mit d klinischen Beobachtungen ergibt sich: Bei Rhinitis atrophicans finden sich st Zeichen aktiver oder abgelaufener Nebenhöhlenentzündung, nach deren Ablauf d

atrophische Prozess nicht erlischt, sondern noch stärker in Erscheinung tritt. Die Atrophie ist Folge der Entzündung. Entscheidend ist dabei die Fibrose der Gefässwandungen (Periarteriitis chron. fibrosa). Pathognomonisch für Rhinitis atrophicans ist die Lokalisation der Schleimhaut- und Gefässklerose, nämlich in der lateralen Nasenwand am Ansatz der Muscheln. — Der Knochen reagiert verschieden, zuerst mit einer Ostitis ossificans, dann mit einer Ostitis rareficans. Das eitrige Sekret beschleunigt erst bei Ueberwiegen der Flächensekretion die Atrophie. Der Fötor ist nur ein untergeordnetes, leicht zu beseitigendes Symptom. Einteilung des Verfassers in Rhinitis atrophicans catarrhalis — mit noch vorhandener Entzündung — und in Rhinatrophia interna — abgeschlossener atrophischer Zustand. Bei ersterer wird unterschieden eine Rhinitis purulenta (foetida) mit nachweisbaren akuten Herderkrankungen und eine Rhinitis exsudativa mit überwiegender Flächensekretion. Die Rhinatrophie ist entweder eine operativa oder eine terminalis (= ausgeheilte atrophische Rhinitis).

BRADT.

16) **Otto Kahler** (Freiburg). **Zur operativen Behandlung der Ozäna.** *Wiener med. Wochenschr. Nr. 48. 1921.*

Bei hochgradiger Atrophie und sehr weiter Nase ist oft eine genügende Verengerung durch die Mobilisierung der lateralen Nasenwand nicht zu erzielen; es gelingt manchmal nicht, eine Synechie zwischen unterer Muschel und Septum herzustellen, in einigen Fällen haben sich die gebildeten Synechien zwischen unterer Muschel und Septum infolge Zurückweichens der lateralen Nasenwand wieder verkleinert.

Vf. hat folgende Modifikation des Lautenschlägerschen Verfahrens in seinen letzten 10 Fällen angewandt: Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus nach Denker — übrigens hat er in sehr vielen Fällen vollkommen normale Nebenhöhlenschleimhaut, auch bei mikroskopischer Untersuchung, gefunden; — die Schleimhaut wird nur entfernt, wenn sie erkrankt ist. Nun wird die Nasenschleimhaut vor der unteren Muschel senkrecht eingeschnitten, die laterale Nasenwand nahe dem Nasenboden mit einem Meissel durchtrennt und dann oberhalb der unteren Muschel mit einer starken Schere die laterale Nasenwand durchschnitten. Es gelingt dies leicht, wenn der Knochen der Apertura piriformis und der unterste Teil des Proc. nasofrontalis entfernt wird. Die Muschel lässt sich dann spielend leicht, auch bei ganz weiten Nasen, an das Septum anlegen. Mit einer leicht gebogenen Nadel wird dann ein dicker Katgutfaden von der linken Kieferhöhle aus durch die linke Muschel, Septum und rechte Muschel, dann durch das Septum zurückgezogen und in der linken Nasenseite geknüpft. Wird nur einseitig operiert, so wird das Annähen der Muschel von der gesunden Seite aus ausgeführt. Septum und Muscheln werden vor der Naht mit einem scharfen Löffel angefrischt. In die Kieferhöhle kommt beiderseits ein Jodoformgazestreifen, der nach 3 Tagen entfernt wird. Die Wunde in der Fossa canina wird primär vernäht.

Es lässt sich mit diesem Verfahren in allen Fällen eine bedeutende Verengerung der Nasenhöhle erzielen. Als besonderen Vorteil seiner Methode sieht es K. an, dass bei ihr der untere Teil der Nasenhöhle mehr verengt wird als bei

der einfachen Mobilisierung der lateralen Nasenwand, bei der durch Hebung der unteren Muschel ein sehr weiter unterer Nasengang gebildet wird. Bei seinem Verfahren kann man die untere Muschel beliebig weit nach unten ziehen und in entsprechender Nähe an das Septum annähen.

Man kann die Lappenbildung aus der lateralen Nasenwand auch nach dem Halleschen Verfahren endonasal ausführen und K. hat dies in zwei Fällen getan. Das Annähen der Muscheln an die Nasenscheidewand gestaltet sich teilweise etwas schwieriger, lässt sich aber z. B. mit dem von Killian angegebenen Instrumentarium für endonasale Naht gut ausführen. HANSZEL.

17) **Johann Fein. Die Erkennung und Behandlung der Nebenhöhlenentzündungen durch den praktischen Arzt.** *Wiener med. Wochenschr. Nr. 48. 1921.*

Ein für den allgemeinen Praktiker bestimmter Aufsatz, der das Wesentlichste über Diagnose und Therapie der Nebenhöhleneiterungen enthält. HANSZEL.

18) **Otto Mayer. Ueber die Entstehung und den operativen Verschluss von Kieferhöhlenfisteln.** *Wiener med. Wochenschr. Nr. 48. 1921.*

Vf. schildert mehrere Fälle, in denen nach Extraktion eines Zahnes ein Knochensequester sich abstiess und eine Kieferhöhlenfistel entstand, ferner solche Fistelbildung nach Cowperscher Eröffnung der Kieferhöhle und nach Radikaloperation nach Caldwell-Luc; in allen Fällen gelang es, die Fistel durch Plastik zu schliessen. HANSZEL.

19) **W. Kümmel** (Heidelberg). **Die Probepunktion der Stirnhöhle.** *Wiener med. Wochenschr. Nr. 48. 1921.*

Vf. bedient sich seit 10 Jahren in den Fällen, in denen Sondierung des Ductus naso-frontalis und Probeausspülung der Stirnhöhle nicht möglich ist, zur Probepunktion der Höhle eines feinen lanzettförmigen Knochenbohrers von etwa 1,7 mm Durchmesser, der am besten mit einem Elektromotor betätigt wird. Die Probepunktion wird immer von der vorderen Wand, etwa 1 cm oberhalb des freien Orbitalbogenrandes und $^1/_2$ cm von der Mittellinie entfernt, gemacht. Ein Einschnitt vorher ist nicht nötig; der Bohrer dringt ohne weiteres durch die intakte Haut hindurch; man muss aber den Bohrer genau sagittal halten und achtgeben, dass die Hautdecke sich gegen den Ansatz des Bohrers am Knochen möglichst wenig verschiebt. Das gelingt am besten, wenn man eine kleine kreisförmige, glatte Metallplatte mit einem zentralen Loch von etwa 2 cm Weite fest an Haut und Knochen andrückt, durch das Loch hindurch den Bohrer ansetzt und dafür sorgt, dass die Platte auch, nachdem der Knochen durchdrungen ist, sich nicht verschiebt. Dann kann man durch die Bohröffnung die Probepunktionsnadel — am zweckmässigsten eine ganz stumpfe Hohlnadel — hindurchführen. Von grossem Vorteil ist es, vorher eine Röntgenaufnahme zu machen, um zu wissen, wie tief die Stirnhöhle ist. Die Punktion, für die Vf. noch einige technische Einzelheiten angibt, wird in Lokalanästhesie vorgenommen. Schaden hat Vf. von ihr niemals gesehen. HANSZEL.

20) **Giorgio Ferreri. Grosse beiderseitige Muko-Pneumatozele der Stirnhöhlen. (Muco-pneumatocele gigante bilaterale dei seni frontali.)** *Atti d. Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma. 18. Jahrg. 1920.*

21jährige Frau aus Aleppo; die Stirngegend ist eingenommen von einer kugeligen Vorwölbung, die sich zu beiden Seiten des Orbitalrandes erstreckt und nach unten das Orbitaldach vorwölbt, so dass die Lidränder im inneren Winkel verkleinert erscheinen; die Bulbi sind nicht verdrängt, die Haut über der Schwellung normal. In der Mitte der 11 cm langen und 6 cm hohen Schwellung fühlt man an einer Stelle Pergamentknittern. Im linken inneren Orbitalwinkel fühlt man eine kleine fluktuierende Zone, deren Punktion eine blutig-seröse Flüssigkeit ergibt. Bei der Röntgenaufnahme zeigt sich die linke Stirnhöhle sehr gross, desgleichen die rechte; die Corticalis des Stirnbeins ist stark nach vorn gewölbt und zwischen ihr und der Stirnhöhle befindet sich eine Höhle mit unbestimmten Rändern; in antero-posteriorer Stellung sieht man beide Höhlen durchscheinend und von enormer Grösse. Bei der Operation fand sich die äussere Wand beider Stirnhöhlen papierdünn, dass sie mit einer gewöhnlichen Pinzette abgetragen werden konnte; es entleerte sich keine Flüssigkeit; nach oben zu bemerken war eine dem Puls synchrone Pulsation, von einer Masse rötlichen Gewebes herrührend, das in der Tiefe mit dem Schädelinhalt zusammenhing. Im übrigen sind die Höhlen völlig leer und von ungewöhnlichen Dimensionen. Das intersinusale Septum fehlt. — Die Auskleidung der Höhlen ist verdickt; beiderseits fehlt die Einmündung des Canalis naso-frontalis. Es wird auf der linken Seite eine Kommunikation mit der Nase hergestellt und ein Drain durchgeführt.

Vf. ist der Ansicht, dass es sich hier um eine Kombination einer beiderseitigen Mukozele und Pneumatozele handele und dass die Pneumatozele eine enorme Ausdehnung erlangt habe, welche die der Mukozele weit übertrifft. Beide Prozesse sind aller Wahrscheinlichkeit nach nichts anderes, als zwei aufeinanderfolgende Krankheitsstadien, denen dasselbe pathologische Moment zugrunde liegt; es nahm seinen Anfang in den Stirnhöhlen mit den eigentlichen Charakteren der Mukozele und setzte sich unter dem Bilde der Pneumatozele fort. CALAMIDA.

21) **Y. Meurman. Erfahrungen über rhinogene Stirnlappenabszesse und Betrachtungen darüber. (Experiences in rhinogenic abscesses of the frontal lobe and reflections thereon.)** *Acta Soc. med. Fennicae. Bd. 3. H. 1. 1921.*

Ausführlicher Bericht über zwei Fälle mit Obduktionsbefund und mikroskopischen Untersuchungen (Abbildungen). In beiden Fällen traten die ersten Krankheitserscheinungen 2 Wochen vor Aufnahme in die Klinik auf und bestanden hauptsächlich in Kopfschmerzen; in beiden Fällen war Schwellung um das Auge herum und Protrusio bulbi. Die Bedeutung dieser Orbitalkomplikationen liegt auch darin, dass über ihnen bisweilen die intrakranielle Erkrankung übersehen wird, wie es auch in diesen beiden Fällen geschah. Im ersten Fall betrug die Temperatur zuerst infolge der Orbitalphlegmone 38°, nachdem diese zurückgegangen war und bereits Hirnerscheinungen deutlich waren, 38°; im zweiten Fall betrug trotz Orbitalabszess und grossem Hirnabszess die Temperatur 36,2°. Der Puls war anfangs verlangsamt, nach Eröffnung des Abszesses s[illegible] [illegible]rd-

symptome fehlten. In dem einen Fall war der Babinsky auf der entgegengesetzten Seite schwach positiv; in demselben Fall war beiderseitige Neuritis optica, während sie in dem anderen nur auf der betroffenen Seite bestand.

In beiden Fällen hatte sich der Abszess in der weissen Substanz des Stirnlappens entwickelt, in beiden war der Eiter, der bei der Eröffnung des Abszesses sich entleerte, übelriechend. Im ersten Fall, wo Pneumokokken und Streptococcus pyogenes gefunden wurde, war keine deutliche Abszessmembran vorhanden, während im zweiten, in dem der anaerobe B. ramosus wuchs, eine solche vorhanden war.

Im ersten Fall hatte ein Highmorshöhlenempyem und eine Ethmoiditis bestanden; ersteres war von der Fossa canina aus, das Siebbein von der Nase aus ausgeräumt worden. Von einem Schnitt in der Augenbraue wurde in die Orbita eingegangen, aus der sich Eiter entleerte; in dem Winkel zwischen der oberen und medialen Orbitalwand führte eine Fistel in den Hirnabszess. Die Stirnhöhle war gesund. Im zweiten Fall waren ebenfalls die vereiterten Siebbeinzellen ausgeräumt worden, worauf die Schwellung am Auge verschwand und Pat. entlassen wurde. Als sie nach ein paar Tagen mit den Hirnerscheinungen wieder eingeliefert wurde, machte Verf. die Eröffnung der Stirnhöhle nach Killian; an der Hinterwand der Höhle fand sich ein kleiner Defekt, in diesem ein Hirnprolaps mit einer kleinen Fistel in der Mitte; diese Fistel führte in den Abszess.

Verf. erörtert dann ausführlich die Frage der Behandlung der Hirnabszesse: er tritt für eine grosse Trepanationsöffnung und breite Eröffnung der Dura ein, ohne Furcht vor einem eventuellen Prolaps. Als Drainage verwendete er die von Bárány vorgeschlagenen feinen Streifen von Handschuhleder, hält dieses Drainmaterial aber auch nicht für fehlerlos.

FINDER.

22) **Sidney Yankauer** (New York). **Die gründliche Keilbeinhöhlen-Siebbeinoperation. (The complete spheno-ethmoid operation.)** *The Laryngoscope. November 1921.*

Verf. hat in 80 pCt. seiner Fälle völlige und dauernde Heilung erzielt. Er führt dies günstige Resultat auf die von ihm angewandte Technik zurück. Er betont zunächst, dass in jedem Fall nicht eine einzelne Zelle oder Zellgruppe, sondern stets in der ersten Operation alle Zellen von der Infundibularzelle bis zum Keilbein, von den Supraorbitalzellen bis zu den Zellen der Bulla und des Proc. uncinatus eröffnet werden müssen. Nur die vorderen oder nur die hinteren Zellen zu eröffnen, ist aus anatomischen und klinischen Gründen, auf die Verf. näher eingeht, zwecklos.

Das zweite Hauptprinzip, dessen Befolgung Verf. empfiehlt, ist die Notwendigkeit, sorgfältig die das Innere der Zellen auskleidende Schleimhaut zu schonen: nur dadurch wird die Funktion dieses für die Atmung wichtigen Teiles bewahrt. Verf. hält es nicht einmal für notwendig, die erkrankte Schleimhaut zu entfernen, da schon die ausgiebige Eröffnung der Zellen genügt, um die Schleimhaut zur Norm zurückkehren zu lassen. Auch erscheint es aus dem Grunde sicherer, die Schleimhaut unberührt zu lassen, weil durch Blutgefässe und Nerven, die durch sie hindurchgehen, eine direkte Verbindung mit der Schädelhöhle und dem Periost

der Orbita besteht; wird die Schleimhaut gewaltsam entfernt, so ist die Gefahr von Infektionen vorhanden. Auch wird die Heilung der Wunde durch Entfernung der Schleimhaut erheblich verzögert.

Verf. operiert in Lokalanästhesie am sitzenden Patienten. Er entfernt zuerst die ganze mittlere Muschel inklusive ihres hinteren Endes mittels Schere und Schlinge. Ist eine Deviation des Septums nach der erkrankten Seite vorhanden, so muss sie erst durch submuköse Resektion beseitigt werden. Zur Eröffnung der Zellen bedient er sich verschiedener schneidender Zangen, die sehr scharf sein müssen, da bei Anwendung stumpfer Zangen oft die Schleimhaut mitherausgerissen wird, was zu vermeiden ist. Es ist egal, ob die Eröffnung in den vorderen oder hinteren Siebbeinzellen beginnt, man wählt die am meisten vorspringende Zelle dazu. Von hier aus schreitet die Eröffnung nach hinten fort, bis alle hinteren Siebbeinzellen und die Sphenoidalzelle eröffnet sind, alle sie von einander trennenden Knochenwände völlig entfernt und alles in eine einzige Höhle umgewandelt ist.

Verf. gibt vier Merkpunkte an, nach denen er die Grenzen der Sphenoethmoidalregion bestimmt und nach denen er entscheidet, ob alle Zellen eröffnet sind. Er gibt besondere technische Vorsichtsmasregeln an für die Entfernung der inneren Zellwand der vorderen Siebbeinzellen in der Gegend der Lamina cribriformis.

Den Schluss der Operation macht die Entfernung der Zwischenwände zwischen den einzelnen Zellen. Früher hat Verf. es für nötig gehalten, diese so weit zu entfernen, bis die Lamina papyracea ganz glatt war. Er ist davon abgekommen, da er es für gefährlich hält und es die Operationsresultate beeinträchtigt.

Hauptbedingung für die exakte Ausführung der Operation ist, dass sie fast blutleer vorgenommen wird. Die Adrenalinwirkung versagt im Verlauf der Operation. Die Schleimhautblutungen lassen sich am besten beherrschen, wenn man das Operationsfeld öfter mit eiskalter physiologischer Kochsalzlösung spült. Die Blutungen aus der A. sphenopalatina, die bei Entfernung der Vorderwand der Keilbeinhöhle auftreten können, vermeidet Verf. so: Nachdem die natürliche Oeffnung der Höhle so weit erweitert ist, dass der Rand der knöchernen Oeffnung abgetragen werden kann, wird mittels eines Freerschen Elevatoriums, wie es zur submukösen Septumresektion gebraucht wird, das Mukoperiost abgelöst, so dass eine Tasche gebildet wird, die sich nach hinten und unten und seitwärts zum Septum und zur äusseren Nasenwand erstreckt. In diese Tasche wird die obere Branche einer kräftigen Zange eingeführt und Schleimhaut nebst Periost zusammengequetscht, so dass das Gefäss verschlossen wird. Dann wird die Schleimhaut in vertikaler Richtung mit einer Schere durchtrennt und bei Seite geschoben. Die Blutungen aus der A. ethmoidalis anterior bringt Verf. durch Aufdrücken von Knochenwachs zum Stehen.

O. T. KREER.

23) **Thomas J. Gallaher** (Denver). **Nasenbefund bei retrobulbärer Neuritis. (Nasal status in retrobulbar optic neuritis.)** *Laryngoscope. September 1921.*

Ist eine retrobulbäre Neuritis festgestellt, kann keine anderweitige Ursache für diese aufgefunden werden, und kann auch in der Nase keine krankhafte Ver-

änderung aufgefunden werden, so ist es trotzdem gerechtfertigt, die hinteren Siebbeinzellen und die Keilbeinhöhle zu eröffnen.

Mitteilung von vier Fällen, in denen eine drohende Erblindung infolge Neuritis retrobulbaris durch intranasale Eingriffe (submuköse Resektion stark verbogener Nasenscheidewand, Abtragung hyperplasierter mittlerer Muschel, Eröffnung der hinteren Siebbeinzellen und des Keilbeins) abgewendet wurde.

O. T. FREER.

24) **Umberto Luigi Torrini. Nasenrachenfibrome. (Fibromi naso-faringei.)** *Atti d. Clinica Oto-rino-laringoiatrica d. Roma. Bd. 18. 1920.*

Verf. berichtet über vier Fälle, in denen die Tumoren nach der Beschreibung und den beigegebenen Abbildungen ganz ungewöhnliche Dimensionen angenommen hatten mit Verdrängung der Knochen, des Bulbus, Ausfüllung fast der ganzen Mundhöhle usw. In dem einen Fall war der durch das auf 10 cm Durchmesser erweiterte Nasenloch hindurchgewachsene Riesentumor so schwer — er hatte den Umfang des Kopfes eines ausgetragenen Fötus —, dass Patient ihn mit einer Art Suspensorium stützen musste.

An der Hand der Literatur stellt Verf. Betrachtungen an über die Definition der Nasenrachenfibrome, ihren anatomischen Charakter, ihren Ausgangspunkt. Was letzteren anbelangt, so glaubt Verf. aus seinen Erfahrungen schliessen zu dürfen, dass die Ursprungsstelle gewöhnlich die Regio sphenoethmoidalis ist, dass in manchen Fällen die Insertion sich bis auf den Hinterhauptskörper erstreckt. Weitere Betrachtungen sind dem Modus des Wachstums der Geschwülste gewidmet, ihrer Pathogenese und Aetiologie, ihrer Symptomatologie, Diagnose und Prognose.

Was die Therapie anbetrifft, so muss die Operation den Tumor an seiner Ansatzstelle freilegen und hier angreifen. Vorherige Resektion des Oberkiefers und Unterbindung der Karotis oder vorherige Tracheotomie — wie solches von einigen Autoren vorgeschlagen wird — hält Verf. nur ausnahmsweise für nötig. Am besten scheint ihm die Aufgabe zu erfüllen die Mouresche transmaxillo-nasale Operation; wenn der Tumor nicht allzu gross ist, kann auch die Operation nach Rouge (Schnitt in der Uebergangsfalte zwischen Oberlippe und Oberkiefer, Nachobenschlagen der Gesichtshaut bis zur Orbita) mit temporärer Resektion des Septums genügen. Verf. verwirft die Methoden, die darauf abzielen, den Tumor per vias naturales zu entfernen und die er als „halbchirurgisch“ abtut.

In zwei Fällen hat Verf. die Geschwulst durch Radiumanwendung völlig zum Verschwinden bringen können. Trotzdem steht er auf dem Standpunkt, man solle in allen Fällen die Geschwulst operativ entfernen, es sei denn, sie habe einen solchen Umfang erreicht, dass ihre Operation Gefahren biete, in diesem Falle sei Radium angebracht. Ferner sei nach chirurgischer Entfernung des Tumors Radiumapplikation auf seine Insertionsstelle anzuraten.

CALAMIDA.

c) Mundrachenhöhle.

25) **Primo Dorello. Anatomische und physiologische Untersuchungen über die Articulatio temporo-mandibularis beim Menschen. (Osservazioni anatomiche e fisiologiche sopra l'articolazione temporomandibulare dell' uomo.)** *Atti d. Clinica Oto-rino-laringoiatrica d. Roma. Bd. 18. 1920.*

Die Folgerungen, zu denen Verf. bei seinen Untersuchungen über den Me-

chanismus gelangt, mittels dessen beim Lebenden die Abwärtsbewegung des Unterkiefers vor sich geht, sind folgende:

Dieser Mechanismus weicht wesentlich von dem bei allen anderen Säugetieren ab — ausgenommen wahrscheinlich einige Primaten. Er muss sich entwickelt haben als Folge des Nachvornerückens des Hinterhauptloches, der Halswirbelsäule und der wichtigsten Halsorgane und sein Auftreten steht also in Beziehung zu der aufrechten Körperhaltung. Er muss sich weiter ausgebildet und vervollkommnet haben durch die Entstehung der artikulierten Sprache. Bisher wurden als wirksam für die Abwärtsbewegung des Unterkiefers betrachtet die Schwere, das Platysma, besonders aber die drei suprahyoidalen Muskeln, die zum Unterkiefer in Beziehung treten. Sehr wenige Autoren haben die Wirkung der Mm. pterygoidei externi in Betracht gezogen, haben sie aber immer nur derjenigen der suprahyoidalen Muskeln zugesellt und haben geglaubt, dass die kleinen Abwärtsbewegungen des Unterkiefers, wie beim Sprechen, ausschliesslich den letzteren Muskeln zuzuschreiben seien; zu einer Erklärung darüber, wie die Wirkung der Mm. pterygoidei externi aufzufassen sei, sind sie nicht gelangt.

Die Untersuchungen des Vf. ergaben, dass bei den gewöhnlichen Abwärtsbewegungen im wesentlichen die Mm. pterygoidei externi, die suprahyoidalen Muskeln aber nur in beschränktem Grade in Aktion treten, diese sich erst bei starken Bewegungen und wenn die Mm. pterygoidei das Maximum der Verkürzung erreicht haben, erheblich kontrahieren.

Verf. setzt genauer den Mechanismus des Kiefergelenks auseinander und vergleicht es mit einer Maschine, durch welche die kreisförmige Bewegung in eine gradlinige umgewandelt wird und umgekehrt. CALAMIDA.

26) **Hille** (Berlin). **Zur Kenntnis der Alveolarpyorrhoe.** *Med. Klinik Nr. 12. 1921.*

Im ganzen gilt die Hyperämisierung als wichtiges Mittel zur Erhaltung und Belebung der Gewebsernährung im Kiefer, bei schon vorgeschrittener Erkrankung bleibt das Zuverlässigste die Taschenzerstörung nach Römer, die eventuell mit Devitalisation, Hyperämisierung usw. zu kombinieren ist. SEIFERT.

27) **William M. Muncy** (Providence, R. I.). **Speichelsteine oder Sialolithiasis. (Salivary calculi, or sialolithiasis.)** *Journ. of ophthal., otology and laryng. Mai 1921.*

Es gibt einfache und multiple Konkremente. Bei der Differentialdiagnose kommen in Betracht: Abszess einer Lymphdrüse, Ranula, maligner Tumor oder Dermoidzyste. Ausser den bekannten Symptomen sind noch hervorzuheben die Speichelsteinkoliken, die in starken infolge der Drüsenschwellung auftretenden Schmerzen bestehen. In dem vom Verf. zitierten Fall wurden einige kleinere Steine aus dem Ductus Whartonianus entfernt. Da Schmerzen und Anschwellung weiter bestanden, so wandte M. hochgespannte Ströme an, die etwas Erleichterung brachten. Dann wurden Röntgenstrahlen und die Kromayersche Lampe angewendet, bis schliesslich ein grosser Stein entleert wurde und alle Symptome zurückgingen. M. ist der Ansicht, dass die lokale Bestrahlung die Entzündung verminderte, so dass der Stein leichter passieren konnte. FREUDENTHAL.

28) **G. Finder. Zwei Fälle von Endotheliom des harten Gaumens.** *Wiener med. Wochenschr. No. 48. 1921.*

Mitteilung zweier Fälle jener am harten Gaumen verhältnismässig häufig vorkommenden Geschwulstform — Boenninghaus jr. hat deren 19 zusammengestellt —, die klinisch lange Zeit völlig den Eindruck der Gutartigkeit machen, bis sie — oft erst nach 10 und mehr Jahren — plötzlich zu wachsen beginnen und ihre Kapsel sprengen und die histologisch bald als „Zylindrome", bald als „Adenokarzinome", bald als „Endotheliome" bezeichnet werden.

In dem ersten hier mitgeteilten Fall bestand die Geschwulst seit nachweislich mindestens $4^1/_2$ Jahren, in dem zweiten seit mindestens 6 Jahren; sie war in beiden Fällen halbkugelig, sass auf der einen Seite des harten Gaumens, war von normaler Schleimhaut bekleidet und von einer bindegewebigen Kapsel umgeben. Der zweite Fall befand sich wohl gerade an der Grenze des klinisch malignen Stadiums. Dafür spricht das in letzter Zeit wahrgenommene schnellere Wachstum und die Tatsache, dass er bereits stellenweise mit der knöchernen Unterlage verwachsen war. In beiden Fällen liess sich der Tumor leicht ausschälen. Kein Rezidiv.

HANSZEL.

29) **Massimo Campeggiani. Adenokarzinom des Gaumens. (Adeno-carcinoma del palato.)** *Atti d. Clinica Oto-rino-laring. d. Roma. Bd. 18. 1920.*

Mitteilung eines Falles, eine 26jährige Frau betreffend. Eine nussgrosse umschriebene Anschwellung von unregelmässig rundlicher Gestalt und hartelastischer Gestalt, von glatter Schleimhaut bekleidet, sass auf der rechten Seite des harten Gaumens; sie nahm dessen hintere Hälfte und einen Teil des weichen Gaumens ein, war indolent bei Berührung und leicht verschieblich. Keine Drüsen wahrnehmbar. Der Tumor liess sich leicht enukleieren. Histologische Diagnose: Abgekapseltes Adenokarzinom.

Verf. diskutiert ausführlich die Frage, welche Stellung den Mischgeschwülsten des Gaumens zukommt, deren hauptsächliche klinische Charakteristika sind: langsames Wachstum, völlige Abgegrenztheit, Fehlen von Drüsenmetastasen und die anatomisch gekennzeichnet sind durch die Abkapselung, die Vielartigkeit und die komplizierte Anordnung der Zellelemente, den Polymorphismus der Zellen, die Multiplizität der das Stroma bildenden Bindegewebe und die in ihnen sich abspielenden regressiven Vorgänge. Er kommt jedoch zu dem Schluss, dass es sich in seinem hier mitgeteilten Fall nicht um ein Endotheliom, sondern um einen epithelialen Tumor handele, der seinen Ursprung von den Drüsenelementen nimmt.

CALAMIDA.

30) **Luidoro Bocache. Epitheliom des Gaumens radikal mit Radiumtherapie geheilt. (Epithelioma del palato guarito radicalmente con la radiumterapia.)** *Atti d. Clinica Oto-rino-laring. Bd. 18. 1920.*

Ein Drüsenkrebs der rechten Gaumenhälfte wurde zuerst mit der galvanokaustischen Schlinge, Schere und scharfem Löffel exzidiert und mit Radium nachbehandelt. Heilung hält bis zur Zeit der Publikation an.

CALAMIDA.

31) **Kickhefel** (Berlin). **Lähmung des weichen Gaumens nach Grippe.** *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 41. S. 967. 1919.*

Vier Fälle, welche durch systematischen Artikulationsunterricht und durch Gutzmannschen Gaumensegelheber geheilt wurden. R. HOFFMANN.

32) **Halle. Plastischer Schluss grösster Defekte des harten und weichen Gaumens.** Berliner med. Ges., Sitzung vom 3. März 1920. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 280. 1920.*

Das bisher übliche Verfahren von Langenbeck zur Deckung von Gaumendefekten ist begrenzt durch das Verhältnis von Defekt und vorhandener Gaumenschleimhaut. Bei den grossen Defekten, die der Krieg setzte, stellte sich die Unzulänglichkeit dieses Verfahrens sehr bald heraus. Man half sich anfangs mit Prothesen, doch liess der damit unvollkommen erreichte Erfolg den Wunsch nach operativer Deckung sehr bald wach werden. Die für letztere in Betracht kommenden Verfahren sind das von Rosenthal (Bildung eines Stiellappens aus der Wange), das von Esser, der einen Nasolabiallappen bildet und in den Mund zieht, endlich das von Ganzer, der einen Armbrustlappen benutzt, nötigenfalls unter Einlagerung von Knorpel und Knochen und diese in die Mundhöhle verpflanzt. Die einzelnen Vorfahren werden des Näheren besprochen, ihr Indikationsgebiet, ihre Vorzüge und Nachteile unter Vorstellung von Kranken und Vorführung von Lichtbildern im Einzelnen erörtert. R. HOFFMANN.

33) **Filippo Auriti. Multiples idiopathisches hämorrhagisches Sarkom der Haut und des Isthmus faucium. (Sarcoma multiple idiopatico, emorragico, della cute e dell' istmo delle fauci.)** *Atti d. Clinica Oto-rino-laring. d. Roma. Bd. 18. 1920.*

Nach dem Verf. gibt es in der Literatur 10 Fälle, in denen das zuerst von Kaposi beschriebene „idiopathische multiple Pigmentsarkom der Haut“ auch mit Lokalisation von Knötchen im Rachen einherging. Verf. berichtet ebenfalls über einen solchen, einen 76jährigen Mann betreffenden Fall, in dem ein papillomähnlicher kleiner Tumor an der Uvula sass, dessen histologische Untersuchung ergab, dass er von derselben Beschaffenheit war wie die Hautgeschwülste.

CALAMIDA.

34) **Otto Fleischmann. Weitere Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Tonsillen und der Nase.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 51. S. 265.*

Grundlegend für die Kenntnis der Physiologie und Pathologie der Tonsillen sind die Versuche Lexers und Marks', die ergeben, dass die Mundhöhle als die Eintrittspforte gewisser Infektionen anzusehen ist, dass jedoch in derselben auch eine relativ hochgradige Schutzwirkung gegen bakterielle Einwirkung zustande kommt. Beide Theorien, die die Vorgänge in der Tonsille selbst lokalisieren, treffen nicht das Richtige. Die Betätigung der Tonsille erstreckt sich auf die ganze Mundhöhle vermittelst der von ihr sezernierten reduzierenden Substanzen. Verf. fand zwar bei seinen Untersuchungen am Tonsillarextrakt von Kindern keine bakterizide Eigenschaft, auch keine entzüngshemmende Wirkung, jedoch stimmen die Ergebnisse der experimentellen Untersuchung mit den klinischen Erfahrungen,

z. B. bei Angina, durchaus überein. Wie bekannt, steigern Reduktionsvorgänge die Entzündungsempfindlichkeit. Der Schutz der Mundhöhle könnte also vielleicht auf einem reinen Oxydationsprozess beruhen, für welchen die Reduktionsstoffe einfach die oxydable Materie bilden. Ein Teil des eingeatmeten Sauerstoffs wird an den Speichel gebunden, der ihn auch wieder aktiviert. Das Tonsillarsekret ist, nach den Ausführungen des Verf., dem Sekret der endokrinen Drüsen gleichartig. also hoch zusammengesetzt und wohl sehr leicht oxydabel. Es spielt sich also in der Mund- und Rachenhöhle ein ständiger Oxydationsprozess ab. Die Schutzwirkung ist in einer Art von Wasserstoffsuperoxydwirkung zu erblicken, in einer dauernden Selbstreinigung durch Ausschwemmung. — Diese hypothetischen Betrachtungen erhalten eine Stütze in den Beobachtungen über die Physiologie der Nase, deren Hauptaufgabe — Vorwärmung der Atemluft — höchstwahrscheinlich auch durch Oxydationsprozesse geschieht. (Verf. fand auch in den Nasenmuscheln reduzierende Substanzen.) — In Mund- und Nasenhöhle spielen sich also wohl ähnliche physiologische Vorgänge ab; der Normalzustand wird dann gegeben sein. wenn Reduktion und Oxydation sich die Wage halten. Daher beruhen gewisse Krankheitsbilder vielleicht auf vermehrter oder verminderter Produktion von Reduktionsstoffen. Spruchreifer ist diese Frage schon bei den atrophischen Prozessen, wo diese Produktion natürlich leidet. Für den Zusammenhang dabei spricht die häufige Entwicklung einer Rhinitis atrophicans nach Konchotomie, ebenso nach chronischen Nebenhöhlenentzündungen (vgl. das geringe Vorhandensein oder den Mangel an Reduktionsstoffen in chronisch entzündeten Tonsillen). Die Entstehung der Hypertrophie und Atrophie ist jedoch nicht einfach quantitativ mit Vermehrung oder Verminderung der Produktion zu erklären. Dagegen spricht das Aufhören von Atrophie, Fäulnis und Borkenbildung nach künstlicher Verengerung der Nase, durch die die Produktion von Reduktionsstoffen doch sicher nicht gefördert wird. Die physiologische Bedeutung dieser Produktion liegt vielmehr in der dauernden Zuführung leicht oxydabler Stoffe für den Verbrennungsvorgang. Fehlen sie, so müssen die in den Zellen der Schleimhaut und in den tieferen Geweben aufgespeicherten Stoffe herhalten. Die so geschädigten Gewebsteile müssen. der Fähigkeit zum Aufbau beraubt, atrophieren. Die Produktion der Reduktionsstoffe bedeutet also eine direkte Schutzwirkung durch direkten Aufbau der Zellen und durch die damit gewährleistete Unversehrtheit der Gewebe. Alles, was die Fabrikation von Reduktionsstoffen in der Nase beeinträchtigt, muss schliesslich zur Rhinitis atrophicans führen.

BRADT.

35) **J. Horak. Zur Frage der physiologischen Bedeutung der Tonsillen.** *Casop. Lekaruv ceskych. Nr. 51. 1921.*

Verf. befasst sich mit den Versuchen von Richter und Fleischmann, welche er nachgeprüft hat.

Es gibt 1. ein einziges Gewebe, welches die Richtersche Goldchloridreaktion in der Kälte konstant als Rosafärbung gibt, die Nebeniere,

2. eine Gruppe von Geweben mit zwei Unterabteilungen: a) Reaktion bei Kochen nicht Rosa-, sondern Violettfärbung: Schilddrüse, Hypophyse, Tonsille. b) Reaktion unverlässlich und schwach.

3. Die Richtersche Reaktion ist somit nicht für alle endokrinen Drüsen gleichartig und spezifisch.

4. Mit Rücksicht auf die Nichtspezifität der Richterschen Reaktion kann die Tonsille nicht als endokrine Drüse aufgefasst werden.

5. Die Verwandtschaft der Tonsille mit der Schilddrüse und Hypophyse in chemischer Hinsicht scheint erwiesen, es bleibt noch ihre physiologische Verwandtschaft zu erweisen.

R. IMHOFER.

36) **Versé** (Charlottenburg). **Ueber akute nekrotisierende Amygdalitis, Pharyngitis und Laryngitis bei Influenza.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. S. 224. 1920.*

5 Fälle; bei allen war der allgemeine Verlauf der nur wenige Tage dauernden Krankheit so, dass sie mit den gewöhnlichen Erscheinungen der Grippe, wie Fieber, Mattigkeit, Rücken- und Gliederschmerzen einsetzte. Ein bis zwei Tage vor dem Tode trat dann mehr weniger plötzlich Luftmangel auf, dessen Zunahme die Ueberführung ins Krankenhaus veranlasste, wo die Kranken meist innerhalb der nächsten 24 Stunden der Schwere der Infektion erlagen. (Tod nicht durch Erstickung, sondern Herzinsuffizienz infolge hochgradiger toxischer Schädigung des Myokards.) Von den 5 Fällen fand sich in zweien bei der Obduktion eine frische nekrotisierende Amygdalitis mit ausgebreitetem septischen Oedem bis in den Larynx hinein, während bei den drei anderen makroskopisch die Veränderungen des Pharynx und Larynx in den Vordergrund der Krankheitserscheinungen traten. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwiesen sich jedoch auch in den letzteren Fällen die Mandeln von dem nekrotischen Prozess ergriffen. Bemerkenswert in einem der Fälle der letzteren Gruppe war die Mitbeteiligung der Zunge, an deren Grunde beiderseits ebenfalls eine streifige Mortifikation der Mukosa eingetreten war. Die Fälle werden im Archiv für Laryng. genauer mitgeteilt.

R. HOFFMANN.

37) **M. C. Myerson** (Brooklyn). **Septikämie und Tod nach Streptokokkenangina. (Septicamia and death following streptococcus tonsillitis.)** *The Laryngoscope. November 1921.*

Mitteilung eines Falles nebst Sektionsbericht.

O. T. FREER.

38) **Heinrich Neumann** (Wien). **Zur Enukleation der Gaumenmandel.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1921.*

Verf. steht auf dem Standpunkt, dass bei Kindern bis zu einem Alter von 8—10 Jahren der Sluder der chirurgischen Entfernung vorzuziehen ist; der Eingriff lässt sich in leichter Narkose vornehmen und die postoperativen Wundverhältnisse gestalten sich einfacher, indem bei einem vollkommen gelungenen Sluder die Tonsille mit der Kapsel allein und nicht, wie bei der chirurgischen Entfernung, mit anhaftenden Muskel- und Faszienteilen entfernt wird.

Bei Erwachsenen zieht Verf. stets die chirurgische Entfernung vor. Er schildert deren Technik, die Prophylaxe der Blutungen, deren Behandlung und den postoperativen Wundverlauf. Zum Schluss geht er auf die Indikationen für die Tonsillektomie ein.

HANSZEL.

39) **J. Wilson Voorhees. Lungenabszess nach Tonsillektomie. Bericht über einen Fall mit bronchoskopischem und Röntgenbefund. (Lung abscess following tonsillectomy. Report of a case with bronchoscopic and X-ray findings.)** *Laryngoscope. August 1921.*

Drei Wochen nach einer in Aethernarkose vorgenommenen Tonsillektomie wurde ein rechtsseitiger Lungenabszess festgestellt (Schmerzen in der rechten Brustseite, eitriger Auswurf, Husten, Fieber); die Diagnose wurde durch Röntgenaufnahme bestätigt. Die bakteriologische Untersuchung des Sputums ergab: Staphylococcus albus und Streptococcus viridans. Eine bronchoskopische Untersuchung zeigte den rechten Oberlappenbronchus ödematös und fast verschlossen; bei jedem Hustenstoss kam Eiter aus seiner Oeffnung hervor. Nachdem das Bronchoskop vorsichtig in den Oberlappenbronchus eingeführt war, konnte eine nekrotische Masse aus ihm entfernt werden. Eine grosse Menge Eiter wurde mittels des Saugapparates entleert. Später schien es, dass der Abszess in die Pleura perforiert war; Pat. ging unter septischen Erscheinungen zugrunde. Autopsie wurde nicht gestattet.

O. T. FREER.

40) **Henry M. Goodyear** (Cincinnati Ohio). **Neues Tonsilleninstrument. (New tonsil instrument.)** *Laryngoscope. September 1921.*

Ein Guillotineinstrument zur Enukleation der Tonsillen bei Kindern. Der Handgriff ist so angebracht, dass die Kraft rechtwinklig zu dem Angriffspunkt an der Tonsille wirkt. Nachdem die Tonsille in den Ring eingepresst ist, wird die schliessliche Enukleation dadurch besorgt, dass durch einen Schraubenmechanismus der Ring bewegt wird.

O. T. FREER.

d) Diphtherie und Croup.

41) **Bieber** (Marburg). **Untersuchungen über die Schutzwirkung des Behringschen Diphtherieschutzmittels T. H. in der Praxis.** *Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 43. S. 1184. 1920.*

Die Impfungen, die B. im Regierungsbezirk Magdeburg im Jahre 1913 in grösserem Umfange mit dem Mittel vornahm, stellten fest, dass dadurch zwar nicht ein absoluter, aber doch ein nachweislich erfreulicher wirksamer Schutz gegen Diphtherieerkrankung herbeigeführt wurde, so dass die Resultate durchaus zu umfangreicher Anwendung des Mittels in diphtheriegefährlichen Gegenden ermutigen.

R. HOFFMANN.

42) **F. Schanz** (Dresden). **Zur bakteriologischen Diagnose der Diphtherie.** *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 9. S. 210. 1920.*

Alle angeführten morphologischen und kulturellen Unterschiede zwischen den echten Diphtheriebazillen und den Pseudodiphtheriebazillen sind nicht stichhaltig. Auch die Xerosebazillen lassen sich von diesen nicht unterscheiden. Nur die von Diphtheriemembranen gezüchteten Bazillen zeigen meist eine hohe Giftigkeit bei den Versuchstieren, vor allem beim Meerschweinchen.

R. HOFFMANN.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

43) **Guglielmo Bilancioni. Ueber die Bedeutung des oberen Kehlkopfes und der Syringe bei den Vögeln. (Sul significato della laringe superiore e della siringe negli uccelli.)** *Atti d. Clinica Oto-rino-laring. d. Roma. Bd. 18. 1920.*

Verf. zeigt in dieser sorgfältigen kritisch-historischen Studie, dass bereits lange vor Cuvier ältere italienische Forscher — vor allem Aldovrandi — in dem unteren Kehlkopf den Sitz der Stimme bei den Vögeln erkannt haben. Er berichtet ferner über die Forschungen, die Acquapendente, Claude Perrault u. a. auf diesem Gebiete angestellt haben, des weiteren wird die Mechanik des Fliegens, die Bedeutung der Luftsäcke erörtert. CALAMIDA.

44) **Max Ernst Settelen. Ueber kongenitale Larynxatresie.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. S. 309.*

Diese überaus seltene Missbildung fand sich bei einem Neonatus immaturus (9. Monat), der ausserdem noch eine Struma und Hyperplasie des Thymusmetamer IV aufwies. Keine Zeichen von Lues. Verf. gibt eine genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung des Präparats. Die Zusammenfassung ergibt: Symmetrisches Kehlkopfskelett ohne hochgradige Missbildung. Das Hyoid liegt so tief, dass zwei Drittel seines sehr hohen Körpers vor den Schildknorpel fallen. Die Aryknorpel haben annähernd richtige Form, sind vorn median knorplig verwachsen. Sie artikulieren mit dem Krikoid, das um ein geringes zu eng ist und dünne Wandungen besitzt. Gelenkfortsätze für die Schildknorpelunterhörner sind nicht vorhanden; etwa 1,3 mm lange Bindegewebsbänder stellen die Verbindung her. Von dem engen durch die Epiglottis abgegrenzten Raum wird durch eine zarte, mit geschichtetem Flimmerepithel überzogene Membran eine schlitzförmige, etwa 1 mm tiefe, nach oben offenstehende Tasche abgeteilt. Vom Kehlkopflumen ist nur ein muldenförmiger Aditus laryngis entwickelt. In der Incisura interarytaenoidea geht diese Mulde in ein kleines schlitzförmiges Kanälchen über, das direkt unter den zusammengewachsenen Aryknorpeln median in die Tiefe geht. Es rückt mit der Verlötungsstelle der Aryknorpel nach vorn und verläuft dann im Gewebe innerhalb des Ringknorpels, an dessen unterem Ende es die Weite von 3,8 mm erreicht. — Der ganze übrige Kehlkopf wird im oberen Teil von mässig zellreichem Bindegewebe eingenommen. In der Höhe des mittleren Drittels der zusammengewachsenen Aryknorpel kommt quergestreifte Muskulatur dazu. Bei ihr ist eine mediane Teilung nicht durchgeführt. Leicht lassen sich die Mm. thyreoaryt. ext. und die medianen unter sich verflochtenen Mm. vocales unterscheiden. Alle übrigen Kehlkopfmuskeln sind kräftig entwickelt an ihrer Stelle nachzuweisen. Zeichen von Entzündung fehlen völlig. Am Oesophagus lässt sich nichts Anormales finden. Der Proc. pyramidalis der Schilddrüse liegt in seinem oberen Teil vor, in seinem unteren Teil hinter dem Zungenbeinkörper, welcher dem Schildknorpel ventral vorgelagert ist. BRADT.

45) **Hilde Weisshappel. Beiträge zu den Kehlkopferscheinungen bei Syringomyelie.** *Wiener klin. Wochenschr. Nr. 50. 1921.*

Bericht über zwei Fälle. Im ersten war eine weniger prompte Auswärts-

bewegung des linken Stimmbandes und zuckende Bewegungen desselben v handen, so dass die Abduktion nicht nur verlangsamt, sondern ausserdem ru weise, und zwar rhythmisch in kurzen Intervallen vor sich ging. Im zweiten F bestand linksseitige Postikuslähmung; dabei waren nach der Phonation zucker Bewegungen der Spitze des linken Aryknorpels zu sehen. Gaumenlähmung v in beiden Fällen nicht vorhanden. Verf. erklärt die Zuckungen im Sinne Réth als Ausfallserscheinungen, als ein abwechselndes Spannen und Nachlassen ei ermüdeten Muskels, dem die auferlegte Arbeit zu gross geworden ist. HAKSZE

46) **Gherardo Ferreri. Die Kehlkopftuberkulose bei den Arbeitern. (La tub culosi laringea nei lavoratori.)** *Atti d. Clinica oto-rino-laring. d. Ro Bd. 18. 1920.*

Verf. beklagt, dass man sich bisher zu wenig mit der Frage von der V breitung und Häufigkeit der Kehlkopftuberkulose bei den arbeitenden Klassen mit den Mitteln zu ihrer Bekämpfung beschäftigt. Seine Ausführungen sind erster Linie auf italienische Verhältnisse berechnet (treffen aber zum Teil a wohl auf Verhältnisse anderer Länder zu. Red.). In den Industriezentren N italiens — Turin und Mailand, wo viel in geschlossenen Werkstätten gearbe wird — ist die Kehlkopftuberkulose sehr verbreitet, in Mittelitalien, besonder Rom, wo wenig Industrie ist, ist sie unter der arbeitenden Bevölkerung verhält mässig selten, während sie in Süditalien wieder häufiger auftritt, was Verf. die grosse Zahl der als Phthisiker zurückgekehrten Auswanderer zurückführt, während ihrer Emigrationszeit den härtesten Arbeitsbedingungen und den günstigsten hygienischen Bedingungen ausgesetzt waren. Die sehr grosse Z von schweren Kehlkopfphthisen bei den Zuchthausinsassen führt Verf. merkw digerweise weniger auf den Mangel an Luft und Licht zurück als darauf, dass meisten derartigen Strafanstalten auf Inseln im Meere liegen, „dessen Klima h als absolut mörderisch für die tuberkulösen Krankheitsformen der oberen Luftw erkannt ist". Die Häufigkeit der Tuberkulose unter den Lehrern (6 auf 1000) besonders den Lehrerinnen (12 auf 1000) machen eine sorgfältige sanitäre K trolle der Schulen zur gebieterischen Notwendigkeit. Verf. bespricht dann Häufigkeit der Larynxtuberkulose unter dem Dienstpersonal; er weist auf Gefahr hin, die einem bis dahin gesunden Dienstboten droht, wenn er in Familie kommt, in der Tuberkulose ist und andererseits auf die Gefahr, die steht, wenn in eine bis dahin gesunde Familie ein tuberkulöser Dienstbote ein

Verf. gibt dann einen Ueberblick über diejenigen Arbeiterkategorien, denen Larynxtuberkulose besonders häufig vorkommt (Arbeiter in chemischen trieben, in Schwefelgruben, bei Krankenpflegern, Eisenbahnern, Buchdruck Bäckern); er betont besonders den ungünstigen Einfluss der Nachtarbeit. sonders gefährdet sind die Arbeiter da, wo in geschlossenen Räumen gr Mengen organischen oder anorganischen Staubes sich entwickeln (Pelzarbe Arbeiter in Gummi- und Guttaperchafabriken, letztere wegen des Kieselsä staubes). Bei den Arbeiterinnen ist ein brüskes Ansteigen der Krankheitsziffe vermerken in der Zeit zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr. In dem Amb torium seiner Klinik hatte Verf. 14,78 pCt. Fälle von Kehlkopftuberkulose u den dort untersuchten Kranken. CALAMID.

47) **Ullmann. Versuche über die Ueberimpfbarkeit der Kehlkopfpapillome der Kinder.** Ges. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 25. Nov. 1921. *Wiener klin. Wochenschr. Nr. 49. 1921.*

Verf. hat von aus dem Kehlkopf eines Kindes entfernten Papillomen ein Gewebspartikelchen verrieben und in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt und nach Art der Pirquetschen Kutanimpfung an seinen Oberarm verimpft. In gleicher Weise verimpfte er das Papillom auf die Rachenschleimhaut eines Hundes und auf die Vaginalschleimhaut einer Hündin, wobei für einige Tage die Vagina mit ein paar Nähten verschlossen wurde, um das Lecken des Tieres zu verhindern. Nach etwa 3 Monaten konnte er auf seinem Oberarm mehrere kleine flache Wärzchen feststellen, die sich mit der Zeit zu erbsengrossen, deutlich gestielten papillomatösen Warzen entwickelt haben. Zu gleicher Zeit konnten an der Vaginalschleimhaut der Hündin mehrere kleine Papillome festgestellt werden.

Verf. erwähnt noch einen Fall, wo bei Entfernung der Papillome das Kind an der Grenze zwischen Haut und Schleimhaut der Oberlippe mit dem scharfen Löffel geritzt wurde und nach etwa 3 Monaten an der Stelle der Verletzung mehrere flache Warzen auftraten, die dann konfluierten und sich über das ganze Gesicht ausbreiteten.

HANSZEL.

48) **Marschik. 1. Ausgedehntes Karzinom der Zunge, des Kehlkopfes und der vorderen Rachenwand samt Tonsillen. 2. Partielle Resektion des Kehlkopfeinganges.** Ges. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 18. Nov. 1921. *Wiener klin. Wochenschr. Nr. 48. 1921.*

In ersterem Fall war die hintere Zungenhälfte, der ganze Kehlkopf samt Trachealanfang, die Tonsillen und die beiderseitigen Drüsenpakete in einem Stück entfernt worden. Der grosse Defekt wurde zum ersten Male mit dem stehen gebliebenen Zungenrest gedeckt. Glatte Heilung seit 2 Jahren. Zwei Rezidive in der Haut, durch Sekundäroperation geheilt. Vier Wochen nach der Operation konnte dekanuliert und der Schluckmechanismus wiederhergestellt werden; Pat. schluckt Flüssiges und weich Breiiges gut.

2. 51jähriger Mann; vor 12 Jahren partielle Resektion wegen kleinen beginnenden Karzinoms an der aryepiglottischen Falte; vollständige Restitutio ad integrum in bezug auf Atmung, Stimme und Schlucken.

HANSZEL.

49) **Thomas J. Harris** (New York). **Radium bei Kehlkopfkrebs mit besonderer Berücksichtigung der Dosierung und der Gefahren bei seiner Anwendung. (Radium in cancer of the larynx with particular reference to dosage and the dangers in its employment.)** *The Laryngoscope. November 1921.*

Verf. berücksichtigt ausschliesslich amerikanische Mitteilungen; er stellt elf Fälle zusammen von augenscheinlicher Heilung eines Kehlkopfkrebses durch Radiumanwendung; davon datiert bei 3 die Heilung länger als 5 Jahre. In drei Fällen — darunter einem eigener Beobachtung — resultierten aus der Anwendung zu massiver Dosen schwere Verbrennungen. Ein Todesfall nach Radiumanwendung wurde von Beck berichtet: 200 mg Radium wurden 17 Stunden lang auf die Kehlkopfregion appliziert, am nächsten Tag Laryngofissur, in die Inzisionslinie wurden 4 Stunden lang zwei Radiumnadeln mit 125 mg Radium eingebracht.

Nach ein paar Stunden Dyspnoe, 48 Stunden später Exitus, nach Becks Ansicht infolge Toxämie. Beck hat in 7 Fällen Nadeln — meist in Schwebelaryngoskopie — eingeführt.

O. T. FREER.

50) **Giorgio Ferreri. Beitrag zum Studium und zur Kasuistik der Fremdkörper des Kehlkopfes. (Contributo allo studio ed alla casistica dei corpi estranei della laringe.)** *Atta d. Clinica Oto-rino-laring. d. Roma. Bd. 18. 1920.*

Bericht über 2 Fälle; der erste ein Gebiss mit vier Haken und zwei Schneidezähnen, das die ganze rechte Hälfte des Vestibulum laryngis und einen Teil der Glottis ausfüllt; im zweiten eine Kornähre, die im Sinus piriformis sass. Entfernung gelang leicht.

CALAMIDA

51) **M. Hajek. Zur Therapie der Larynxstenosen.** Ges. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 25. Nov. 1921. *Wiener klin. Wochenschr. Nr. 49. 1921.*

H. stellt 2 Patienten vor, bei denen er ein neues Verfahren übt. Der erste, ein 45jähriger Mann, trägt Kanüle, hat eine Juxtaposition der Stimmbänder, wahrscheinlich infolge von Fixation nach abgelaufener Gelenkentzündung; Pat. wünscht von der Kanüle, die im Lig. conicum liegt, befreit zu werden. Die submuköse Entfernung der Aryknorpel nach Ivanoff ist von H. gemacht worden, aber ohne Erfolg. Man kann nun in derartigen Fällen die Kanüle entfernen, wenn man die Tracheotomieöffnung in eine übernarbte Fistel verwandelt. Zu diesem Zweck wird die Oeffnung aussen am Rande und innen so lange geätzt, bis der ganze Kanal epithelisiert wird und die Narbe so dicht ist, dass die Oeffnung sich nicht mehr verengern kann. Dies erreicht man in 2—3 Monaten; die Oeffnung muss so weit verengt werden, dass sie zum Schluss die Weite eines mittelstarken Bleistiftes hat. Pat. kann mit lauter Stimme sprechen; die Kranken lernen den Hals in eine Lage zu bringen, in welcher sie den Ton herausbringen; sie wenden diese Stellung in immer verfeinerter Weise an, so dass man die Bewegungen des Halses nicht merkt. H. sieht in der Gradestreckung des unter normalen Verhältnissen geknickten Laryngotrachealrohres ein wesentliches Moment bei der Erzeugung der Stimme, da in letzterem Falle der exspiratorische Luftstrom nicht gegen die Vorderwand des Larynx, wo das Stoma liegt, sondern mehr zentral gegen die Mitte der Glottis anprallt. In einem zweiten Fall — 14jähriges Mädchen — ist H. im Begriff, diese Behandlung ebenfalls durchzuführen.

HANSZEL.

52) **Hermann Marschik. Zur Diagnose und Behandlung der tiefen Kompressionsstenosen der Luftröhre, besonders beim Aneurysma aortae.** *Wiener klin. Wochenschr. Nr. 48. 1921.*

Beim Aortenaneurysma kommen die schwersten Formen der Trachealstenose vor, und zwar ist für sie typisch, dass schwerste Erstickungsanfälle wechseln mit scheinbar freier Atmung. Zurückzuführen ist diese Erscheinung darauf, dass die Stenose die durch die Vorwölbung des Aortenrohrs erzeugt wird, in hohem Grade abhängig ist von den durch die verschiedensten Reize bedingten Blutdruckschwankungen. Beim Mediastinaltumor wie bei der Struma nimmt dagegen die Stenose langsam und allmählich zu und erst in den höchsten Graden zeigen sich Erstickungsanfälle, die dann aber nicht so häufig auftreten, auch nicht von bedeutender Erleichterung gefolgt sind.

Ausgehend von einem im Detail berichteten Fall spricht Verf. von der Bedeutung, die neben dem Röntgenverfahren als Hilfsmittel für die Diagnostik der Aortenaneurysmen der tracheoskopischen Untersuchung zukommt. Die tracheoskopische Untersuchung stützt sich im wesentlichen auf 4 Punkte: 1. Lage der Kompression bezüglich der Höhe. Es ist dies zumeist die Stelle und ihre Umgebung, die schon in der normalen Trachea als sogenannte Aortenvorwölbung eine Eindellung zeigt; diese Stelle liegt wenige Zentimeter oberhalb der Bifurkation an der linken vorderen Wand. 2. Lage der Kompression bezüglich der Seite. Entsprechend der Lage von Aorta ascendens und Trachea zueinander kann immer nur die linke Vorderwand in Betracht kommen. 3. Befund der Trachealinnenwand. Meist besteht eine mehr weniger regelmässige glatte Vorwölbung mit Verwischung der Ringzeichnung nur auf der Kuppe derselben; seltener kommt es zu einer Tracheomalazie mit Verschwinden der Ringzeichnung. Gelegentlich kann das für Aneurysma typische Bild so verwischt sein, dass es einem die Wand durchwachsenden malignen Tumor sehr ähnlich sieht. Das weitaus wichtigste Merkmal sind aber 4. die pulsatorischen Phänomene. Während aber die mitgeteilte Pulsation eines mit der Aorta verwachsenen starren Mediastinaltumors dieselben Grade erreichen kann wie beim Aortenaneurysma, ist für letzteres charakteristisch die pulsatorische Ausdehnung des Tumors. Diese ist bei dem Mediastinaltumor nie zu beobachten.

Was die Gefahr der tracheoskopischen Untersuchung beim Aortenaneurysma anbelangt, so hält Verf. eine solche für nicht vorhanden, wenn die Tracheoskopie von geschulten Händen mit aller Vorsicht vorgenommen wird. Ferner empfiehlt er die Untersuchung im Liegen, da bei ihr die Gefahr wesentlich herabgemindert sei. Jedoch rät er ab, bei stärkerer Stenose diese zu entrieren, schon wegen der unausbleiblichen Schwellung danach.

Was nun die kausale Therapie der durch Aortenaneurysma bedingten Kompressionsstenose anbelangt, so sind alle blutdruckherabsetzenden Mittel und Eingriffe, wie Morphium und Aderlass, von Vorteil. Beide Mittel versagten in dem vorliegenden Fall. Da erinnerte sich Verf. der in jüngster Zeit von Jahn-Sauerbruch bei substernaler Struma eingeführten Brustbeinspaltung. Diese wurde an dem bewusstlosen moribunden Patienten ohne jede Anästhesie vorgenommen. Die Atmung kam wieder in Gang, das noch zu Anfang der Operation schwarz und tropfenweis fliessende Blut färbte sich wieder hellrot und begann reichlicher zu fliessen, Pat. erwachte aus seinem Koma. Pat. erlag 5 Tage später einer Lobulärpneumonie des rechten Unterlappens.

Verf. schlägt vor, diese relativ ungefährliche in Lokalanästhesie vorzunehmende Hilfsoperation auch vorzunehmen, wenn die Differentialdiagnose zwischen Aortenaneurysma und substernaler Struma auf andere Weise nicht zu stellen ist.

HANSZEL.

53) **Emil Glass. Ein $1^1/_2$ cm langer Reissnagel auf tracheoskopischem Wege aus dem oberen Trachealbereich eines achtmonatigen Kindes entfernt.** Ges. d. Aerzte in Wien, Sitzung v. 4. Nov. 1921. *Wiener klin. Wochenschr. Nr. 46. 1921.*

Einführung des dünnsten tracheoskopischen Rohres; starker Widerstand im Glottisbereich, der sich aus der Grösse des Fremdkörpers erklärt.

HANSZEL.

54) **W. Pfeiffer** (Frankfurt a. M.). **Das Jacobson-Holzknechtsche Phänomen bei einseitiger Bronchostenose durch Fibrom und seine künstliche Erzeugung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 47. S. 1298. 1920.*

Das Jacobson-Holzknechtsche Phänomen (inspiratorische Dislokation des Mediastinums in die stenosierte Thoraxhälfte bei einseitiger Bronchostenose) gab in einem Falle aus der Klinik Spiess Veranlassung zur oberen Bronchoskopie. Dabei wurde im linken Hauptbronchus 2 cm unterhalb der Bifurkation ein polypöser Tumor entdeckt, der entfernt, sich als derbes faserreiches Fibrom erwies (nach P. der erste Fall von Fibrom, der endoskopisch beobachtet und entfernt wurde). P. konnte das genannte Symptom bei einem Pat. auch künstlich erzeugen. Es trat aber nur auf bei Stenosierung eines Hauptbronchus, d. h. wenn alle oder fast alle Bronchien der einen Lungenhälfte verlegt sind. Sobald das stenosierende Schwämmchen tiefer in den Bronchus bis zur Unterlappenabteilung eingeführt wurde, kam das Phänomen nicht mehr zustande. R. HOFFMANN.

55) **C. E. Purcell. Membranöse Verlegung der Bronchi, klinisch diphtherischer Natur; wiederholte Entfernung mittels Bronchoskop; Heilung. (Membranous obstruction of the bronchi, clinically diphteritic, with repeated removals with the bronchoscope; recovery.)** *Laryngoscope. September 21.*

4jähriges Kind, das, nachdem es Diphtherieantitoxin eingespritzt bekommen hatte, mit heftiger Atemnot in das Hospital gebracht wurde; Tracheotomie: wiederholte schwere Anfälle von Atemnot in den nächsten Tagen, in denen das Kind zu erliegen drohte; Verf. wendete die Katastrophe jedesmal dadurch ab, dass er ein bronchoskopisches Rohr in jeden Hauptbronchus einführte und grosse Membranen herausholte, die zum Teil völlige Ausgüsse des Bronchus darstellten. Daneben weiter Antitoxin. Schliesslich Heilung. Bakteriologische Untersuchung der Membranen wurde verabsäumt. O. T. FREER.

56) **Max Unger** (New York). **Ein selbsthaltendes Laryngoskop zur direkten Besichtigung. (A direct-view, self-retaining laryngoscope.)** *The Laryngoscope. November 1921.*

Beschreibung nebst Abbildung eines Apparates, der bestimmt ist, die Schwebelaryngoskopie zu ersetzen. O. T. FREER.

e II) Stimme und Sprache.

57) **Gherardo Ferreri. Die Eunuchenstimme. (La voce bianca.)** *Atti d. Clinica Oto-rino-laring. d. Roma. Bd. 18. 1920.*

Verf. gibt einen geschichtlichen Ueberblick über den Kastratengesang. Er hat bei einem 65jährigen noch im Vollbesitz seiner Stimme befindlichen Kastraten graphische Aufnahmen der Stimme und der Atembewegungen gemacht und sie in Vergleich gesetzt zu solchen von Altstimmen, lyrischem und dramatischem Tenor. CALAMIDA.

58) **Gherardo Ferreri. Lachen und Weinen in der phonetischen und respiratorischen Mechanik. (Il riso e il pianto nella mecanica fonetica e respiratoria.)** *Atti d. Clinica Oto-rino-laring. d. Roma. Bd. 18. 1920.*

Aus den Kehlkopf- und Zwerchfellkurven, die Verf. aufgenommen hat, ergibt sich, dass beim Lachen die respiratorischen und phonatorischen Bewegungen synchron und verhältnismässig gleich stark sind, während beim Weinen die grösste Kehlkopfexkursion bei jeder Explosion um einige Sekunden der grössten inspiratorischen Zwerchfellexkursion folgt ausgenommen beim Schluchzen, bei dem beide Bewegungen tief und synchron sind. Ein fundamentaler Unterschied ergibt sich beim Vergleich zwischen den Kurven des Weinens bei Gemütserregung und des durch körperlichen Schmerz hervorgerufenen; ebenso besteht ein Unterschied zwischen den Kurven beim spontanen und beim provozierten Lachen. Verf. hat seine Untersuchungen nun auch ausgedehnt auf Individuen mit peripheren und zentralen Störungen und kommt aus den vergleichenden praktischen Untersuchungen zu dem Schluss, dass gerade das Lachen und Weinen in besonders einfacher Weise Störungen deutlich macht, die objektiv auf andere Art nicht darstellbar wären; denn keine andere Erscheinung, ausser Lachen und Weinen könne so direkt und energisch die Funktionsfähigkeit des Kehlkopfes und Zwerchfells beeinflussen.

CALAMIDA.

59) **W. Lohmann. Leichtverständliche Gebrauchsanweisung für die harmonische Analyse nach dem Hermannschen Verfahren.** *Vox. H. 4. S. 91. 1921.*

Der Arzt, der Herztöne oder Klangkurven aufnimmt, braucht, wie der Maschinenbautechniker die Rechenvorschrift der harmonischen Analyse, hat aber meist weder Zeit noch Vorbildung genug, um Integralrechnung zu treiben. L. gibt im theoretischen Teil eine kurze Uebersicht über die Kurvenzerlegung zum Zweck der Analyse, erlaubt aber dem „eiligen Leser“ diesen Teil zu überschlagen, „denn das Kochrezept befindet sich im zweiten Hauptabschnitt“. Dieser enthält dann auch ein genaues Rechenschema mit Gebrauchsanweisung, das dem theoretisch nicht Vorgebildeten erlaubt, „getrost darauf loszurechnen“, ohne sich „über die Begründung der einzelnen Schritte den Kopf zu zerbrechen“, denn „das haben die Mathematiker bereits gründlich besorgt“. Die Geheimnisse des Verfahrens hat L. durch seine Mitarbeiterin Frl. M. Hetsch „ganz im Stil eines Kochbuches“ beschreiben lassen. „Der Nicht- und auch der Antimathematiker hat also die Garantie, dass gerade diejenigen Begriffe, welche ihn abschrecken könnten, besonders sorgfältig veranschaulicht werden. Diese Begriffe heissen: Sinusschwingung, Sinuslinie, Amplitude, Phasenkonstante, Periodenzahl, Addition beliebig vieler Schwingungen“. Die Anleitung stammt aus der Praxis der Vulkanwerke.

NADOLECZNY.

60) **H. Streim. Ueber Beziehungen zwischen Ein- bzw. Absätzen und Tonhöhe.** *Vox. H. 4. S. 123. 1921.*

Durch Aufnahme von Tonhöhenkurven beim harten gehauchten und weichen Stimmeinsatz u-Absatz wurde gefunden, dass dem harten Ein-u-Absatz eine Tonerhöhung parallel geht, dem gehauchten dagegen eine Tonvertiefung. Beim

weichen Ein- oder Absatz scheint eine unveränderte Tongebung die Regel, eine geringe Vertiefung kommt vor, vielleicht bei nicht ganz richtiger Ausführung.

NADOLECZNY.

61) **W. Wiebe. Ueber die Tiefe der Berliner-Glyphen.** *Vox. H. 4. S. 129. 1921.*

Untersuchungen an Grammophonplatten. NADOLECZNY.

62) **W. Wiebe. Ueber die Ausmessung von Röntgenpolygrammen.** *Vox. H. 4. S. 141. 1921.*

Durch möglichst genaue Ausmessung phonetischer Röntgenpolygramme soll versucht werden, die Grundbedingung aufzufinden, „die bei veränderter Stellung eines Organs eine Kompensation an anderer Stelle erfordert, die also eine Bindung der Sprachorgane darstellt". Bei phonetischen Röntgenpolygrammen werden nämlich zwei oder mehrere verschiedene Laute auf derselben Platte während der Aussprache festgehalten. NADOLECZNY.

63) **E. Schmeling. Ein Beitrag zur Prüfung von Taubstummenfilmen.** *Vox. H. 5/6. S. 184. 1921.*

Die Filme dienen für die Mittelstufe einer Taubstummenschule, und zwar dem Sprachunterricht mittelbar, „indem sie Vorgänge und Handlungen geben, die versprachlicht werden" unmittelbar „indem sie die Sprachbewegungen der sprach-erzeugenden Organe ablesbar darbieten". Sie sind zu prüfen einmal mit Rücksicht auf die dargebotenen Sprechbewegungen (Sprechgeschwindigkeit und deren Verlangsamung), ferner auf die Steigerung der Ablesefähigkeit bei mehrmaliger Wiederholung und schliesslich mit Rücksicht auf den Einfluss der Handlung auf das Ablesen. (Phrasen logisch verbunden mit Handlungen, mit Mimik und ohne weitere Hilfsmittel.) NADOLECZNY.

64a) **A. Heinrichsdorff. Nach welchen methodischen Gesichtspunkten hat die Abfassung eines Taubstummenfilms zu geschehen und wie ist er im Unterricht einzugliedern und zu verwerten?** *Vox. H. 5/6. S. 201. 1921.*

Grossaufnahmen (des sprechenden Mundes) müssen einwandfreie Sprachbilder bieten, nicht übertriebene, die z. B. von guten Sprechern (Rezitatoren) stammen. Daneben sind schriftliche Titel nötig, deren Wort und Satzaufbau durch Pausen deutlich gegliedert sein muss. Beide Darbietungen müssen knapp sein und dürfen die Handlung nicht allzusehr unterbrechen. Das Laufbild bleibt Veranschaulichungsmittel. Völlig neuen Sprachstoff soll es nicht bringen.

NADOLECZNY.

64b) **E. Schmeling. (Gleiche Fragestellung.)** *S. 203.*

Der Taubstummenfilm muss der etwas engen Welt und den Interessen dieser Kinder sich anpassen, reichlichen Ablesestoff bieten, das logische Denken fördern und den phantasiemässigen Ausbau einzelner Bilder gestatten, ferner ästhetische Werte vermitteln. Wichtig ist die Erleichterung der Assoziation von Wort und Begriff durch den Taubstummenfilm, der zum Erlebnis wird, gleichzeitig zu sprachlichem Ausdruck anregt und die Zahl der sprachlichen Bezeichnungen des Kindes vermehrt. Dabei lernt der Schüler neben dem Ablesen auch das Kombinieren. NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

65) **Heinrich Klose** (Frankfurt a. M.). **Die akuten Entzündungen des Kropfes, Aetiologie, Verlauf und chirurgische Behandlung.** *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 9. S. 202. 1920.*

Eine Thyreoiditis gibt es nicht, vielmehr befällt eine akute Infektion immer nur pathologische Schilddrüsen.

Der sekundäre hämatogen-metastatische Infektionsmodus ist der vorherrschende.

Fast alle Infektionskrankheiten können eine metastatische Strumitis hervorrufen. Primo loco stehen Typhus, Ruhr, Cholera, es folgen Angina, Influenza, Bronchitis, Pneumonie. Ferner kommen ätiologisch für die Strumitis in Betracht: akuter Gelenkrheumatismus, Puerperalerkrankungen, infizierte Schusswunden, Fränkel-Welchscher Bazillus, Pyozyaneus, Malaria, Pocken, Masern, Scharlach. Bei der sog. „spontanen" Strumitis ist in erster Linie an den Magendarmkanal als Primärherd zu denken (zeitweise Obstipation, längere Zeit vorher überstandener akuter Magendarmkatarrh).

Man unterscheidet die schwere und akut verlaufende Strumitis von einer mehr protrahiert oder durch einen intermittierenden Verlauf ausgezeichneten Form.

Bei der schweren Form der eitrigen Strumitis steht neben rasch zunehmender Grösse des Kropfes und umschriebener Druckschmerzhaftigkeit hochgradige Dysphagie im Vordergrund der Symptome. Gewöhnlich sind auch Atembeschwerden und Fieber vorhanden. Bei dem zweiten Typus kommt es ganz allmählich, oft erst im Laufe mehrerer Monate zur vollen Entwicklung aller Symptome.

Bei stark herabgesetzter Virulenz und Anwesenheit einer hinreichenden Menge gesunden Schilddrüsenparenchyms kann eine Vereiterung des infizierten Knotens ausbleiben. Es kann spontan Heilung eintreten. Das ist der gewöhnlichste Ausgang solcher Strumitiden, gegen die wir eine spezifische Therapie besitzen (Malaria—Chinin, Gelenkrheumatismus—Salizyl). Daneben strenge Bettruhe und Kataplasmierung. Für alle anderen Erkrankungsarten ist die Spontanheilung oft nur eine scheinbare. Nur ab und zu entstehen geringe Beschwerden: leichte Temperatursteigerungen, Kopfschmerzen im Hinterkopf, Herzklopfen, Wallungen neben wenig empfindlicher kaum beobachteter Anschwellung der Schilddrüse, bis plötzlich die bedrohlichen Erscheinungen der Erstickung und Allgemeininfektion eintreten. Diese protrahierte intermittierende Verlaufsart der Strumitis ist die häufigere.

Bei eitriger Einschmelzung kann der Durchbruch nach aussen erfolgen, in die Trachea, den Oesophagus (tiefliegende, der Palpation schwer zugängige Knoten), in das Mediastinum. Totalnekrose eines ganzen Schilddrüsenlappens kann bis zum Mundboden hinaufreichende Abszesse erzeugen. Auffallend selten ist die Arrosion eines grösseren Gefässes mit nachfolgendem Verblutungstod.

Die Behandlung der eitrigen Strumitis ist eine chirurgische. Es ist ratsamer, lieber einmal frühzeitig einzuschneiden, als abzuwarten! R. HOFFMANN.

66) **Carlo Verdozzi. Papilläres Karzinom der Schilddrüse mit Ausbreitung auf einen grossen Teil des Lymphsystems. (Cancro papillare della tiroide con diffusione a gran parte del sistema linfatico.)** *Atti d. Clinica Oto-rino-laring. d. Roma. Bd. 18. 1920.*

Als die Pat. — eine 70jährige Frau — das Hospital aufsuchte, bot sie voll-

kommen das Bild einer Leukämie; es bestanden nussgrosse, hartelastische, indolente Schwellungen, einige adhärent, andere verschieblich, entsprechend dem gewöhnlichen Sitz der Lymphdrüsen. Grosse progressive allgemeine Schwäche, marantisches Aussehen. Aus dem Blutbefund und dem Fehlen des Milztumors konnte sowohl eine myeloische wie lymphatische Leukämie ausgeschlossen werden. Die histologische Untersuchung einer Inguinaldrüse, die chirurgisch entfernt war, ergab, dass es sich um ein papilläres Karzinom der Schilddrüse handelte. Pat. ging marantisch zugrunde; die Autopsie bestätigte die Diagnose. CALAMIDA.

g) Oesophagus.

67) **A. Pincsohn** (Breslau). **Oesophagusstenose infolge vertebraler Exostosen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 9. S. 201. 1921.*

Bei einem 56jährigen Mann, der wegen Magenbeschwerden ärztliche Hilfe suchte, fand sich bei dem Versuche der Magenausheberung in Höhe der Kardia ein leichter Widerstand; dieser und das Auftreten von Blut nach Ausheberung legt den Verdacht auf Tumor cardiae nahe. Bei der Oesophagoskopie fand sich kein Tumor, doch wurde durch dieselbe eine Perforation des Oesophagus gesetzt, welche durch die Oesophagotomie bestätigt wurde. Nachdem noch ein Pleuraempyem (Rippenresektion mit Entleerung des Exsudats) hinzugekommen und, um bessere Ernährungsverhältnisse zu schaffen, eine Witzelsche Magenfistel angelegt war, kam Pat. 12 Tage nach der Oesophagotomie ad exitum. Bei der Sektion fanden sich Exostosen in fast symmetrischen Abständen an der rechten vorderen Seite der Wirbelkörper. Sie entsprachen in ihrer Lokalisation dem Sitz der Zwischenwirbelscheiben zwischen 8. und 9., 9. und 10., 10. und 11. Brustwirbel.

P. sieht die Ursache des Sondierungshindernisses in einer Einkeilung des untersten Speiseröhrenabschnittes zwischen Wirbelsäule, Aorta, Exostosen und hochgedrängtem Zwerchfell. Die Hochdrängung des Zwerchfells war bedingt durch Auftreibung des Magens (abnorme Gärungen bei Ulkus an der kleinen Kurvatur). R. HOFFMANN.

68) **W. Teschendorf** (Berlin). **Oesophaguskarzinom mit Perforation in die Luftwege.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 45. S. 1249. 1920.*

Sechs Fälle, bei denen sich die Perforation bei der Röntgenuntersuchung der Speiseröhre durch Einfliessen des Kontrastbreies in die Luftwege kundgab. In 5 Fällen wurde durch die Sektion die Diagnose bestätigt. Die durch das Einfliessen des Kontrastbreis auftretenden klinischen Erscheinungen waren in allen Fällen keineswegs besorgniserregend, es wurden keine gröberen Schädigungen des Pat., insbesondere keine Erstickungserscheinungen beobachtet. T. erklärt das damit, dass in den beobachteten Fällen bei Röntgenuntersuchung immer schon die Perforation bestand, Erscheinungen, wie Hustenanfälle beim Einnehmen flüssiger Speisen, darauf hingewiesen hatten und infolge des Uebertretens flüssiger oder breiiger Speisen in die Luftwege die Bronchialschleimhaut schon vorher geschädigt war und sich an die mechanischen Insulte gewöhnt hatte. Der verwandte chemisch nicht reizende Röntgenbrei machte infolgedessen keine wesentlich stärkere Reizung als die vom Kranken genossenen Speisen. Im Gegensatz zu diesen Fällen stehen

solche, wo sich der Röntgenbrei über der Stenose staut, den Oesophagus bis oben füllt und auf dem Wege über den Kehlkopf durch Ueberfliessen mit der Inspiration in die Luftwege gelangt. In diesen letzteren Fällen sind die klinischen Erscheinungen des Einfliessens, wie die Literatur beweist, weit bedrohlicher, weil der Brei die Trachea selbst in stärkerem Masse versperren wird, während, wenn der Kontrastbrei durch eine Perforation der Trachea in diese hineingelangt, immer noch, wie es drei der beobachteten Fälle dartun, Wege für die Atmung frei zu bleiben schienen, weil wohl keine sehr grosse Breimenge auf einmal durch die Perforationsöffnung hindurchgelangt, die die Bronchien meist nicht völlig verschliesst und jedesmal bei der Inspiration wohl ein Tiefertreten des Breies, oft nur an der Bronchialmündung entlang stattfindet, dabei aber wieder Eingänge anderer Bronchialäste frei werden und der Zutritt der Luft nicht völlig abgeschnitten wird.

Wenn nun Bariumbrei auch durch seine geringere Neigung zu Fäulnis als andere Speisen für den Pat. weniger gefährlich sein wird, so empfiehlt es sich immerhin, wenn man schon klinisch Anhaltspunkte für eine Perforation des Oesophagus hat, zunächst nur Wasser als Kontrastmittel zu verwenden, was den Kranken weniger belästigt. Für die Feststellung des Ortes der Perforation kommt jedoch nur der röntgenologische Nachweis mit Kontrastbrei in Frage, der nach T. leichter und schmerzloser ist als die Oesophagoskopie. R. HOFFMANN.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 14. Oktober 1921.

Finder demonstriert 1. einen Fall von Rhinosklerom, der aus Columbien stammt; Pat., ein Arzt, gibt an, dass in seiner Heimat Rhinosklerom vorkomme, auch ein Mitglied seiner Familie leide daran. Es besteht eine sehr erhebliche Behinderung der Atmung infolge Narbenstenosierung im Nasenrachenraum; die Uvula fehlt, der Gaumen ist in eine granulierende Masse umgewandelt. Der Kehlkopf ist ebenfalls befallen. Die mikroskopische Untersuchung ergibt die für Rhinosklerom charakteristischen Bilder; jedoch wurden Bazillen nicht gefunden. Auf Wunsch des Patienten wird ein Versuch mit Radium- und Röntgenbestrahlung gemacht.

2. Einen grossen Tumor des Gaumens. Derselbe wurde als Nebenbefund bei einer Untersuchung festgestellt; er hatte dem Träger bis dahin keinerlei Beschwerden verursacht. Bei der Inspektion des Rachens sah man die linke Seite des Gaumensegels weit vorgewölbt. Man fühlte einen knochenharten, etwas höckrigen Tumor, der von der intakten Gaumenschleimhaut überzogen war, die ganze linke Hälfte des Nasenrachenraums ausfüllte und nach lateralwärts von der Tonsillarregion nicht abzugrenzen war. Keine Drüsenschwellung. Den Tumor per vias naturales anzugehen war unmöglich und so wurde zur Entfernung von aussen ge-

schritten. Wegen der Gefahr einer Blutung wurde die Karotis freigelegt und ein Katgutfaden provisorisch um sie herumgelegt. Darauf wurde die laterale Pharyngotomie gemacht; der Tumor liess sich leicht in toto herausschälen. Es schien, dass er von der Gegend der Fossa pterygomaxillaris ausging. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Tumor in der Hauptsache aus Knorpelgewebe bestand und zwar besonders aus embryonalem Knorpelgewebe; daneben fand sich wohlausgebildetes Knorpelgewebe und Züge von Endothelzellen. Die Geschwulst ist eine Mischgeschwulst und zwar ein Myxo-chondro-endotheliom. Pat. ist vor einem halben Jahre operiert worden; es ist keine Spur eines Rezidivs vorhanden.

3. F. demonstriert nochmals den in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von Auftreibung der Stirnhöhle. Pat. ist inzwischen operiert worden. Es wurde dicht über dem Augenbrauenkopf eine Oeffnung in der Stirnhöhle angelegt: die besonders auf die Röntgenuntersuchung begründete Annahme, dass in der Stirnhöhle sich kein fremder Inhalt befinde, erwies sich als richtig. Die Höhle war vollkommen leer, ohne Eiter, ohne Schleim oder dergl. Nur auf dem Boden der Höhle war die Schleimhaut polypös verdickt; der Ausführungsgang war sehr eng, dies war wohl der Grund, weswegen eine Sondierung von der Nase aus sich als unmöglich erwiesen hatte. Es wurde die verdickte Schleimhaut ausgekratzt und der Ausführungsgang ausgiebig erweitert. Pat. ist seit der Operation von den ständigen heftigen Kopfschmerzen, über die er klagte, befreit.

Seifert demonstriert einen Apparat zur direkten Besichtigung des Kehlkopfes, durch welchen die komplizierte Vorrichtung der Schwebelaryngoskopie unnötig gemacht wird.

Claus hält einen Vortrag über „Hypopharyngoskopie“.

Er weist auf die Wichtigkeit dieser Untersuchungsmethode hin, durch welche eine viel zu wenig beachtete Gegend der Besichtigung zugänglich gemacht wird. Die Erkrankungen dieser Region — meist maligner Natur — kommen meist noch zu spät zur Entdeckung, so dass ihre Operation nicht mehr möglich ist.

Redner gibt eine Würdigung der v. Eickenschen Hypopharyngoskopie: er erwähnt den Gerberschen Laryngopharyngoskopie-Spatel, der den Nachteil hat, im Hypopharynx selbst eingesetzt zu werden und daher einen grossen Teil des zu untersuchenden Terrains zu verdecken. Auch der Hypopharynxdistraktor von Réthi hat sich als unzweckmässig erwiesen, da er schwer einzuführen ist. Am einfachsten und praktischsten ist die v. Eickensche Methode. Mit ihr kann nur noch die Killiansche Schwebelaryngoskopie konkurrieren; diese hat den Vorteil, dass der Operateur beide Hände frei hat. Mittels ihrer kann man den ganzen Hypopharynx bei richtiger Einstellung bequem überblicken. Eine Untersuchung des Hypopharynx ist auch bei leisestem Verdacht auf Tumor unbedingt notwendig. In allen Fällen, in denen längere Zeit anhaltende Schluckbeschwerden bestehen, für die sich bei den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden kein Anhalt finden lässt, muss immer wieder die Hypopharyngoskopie gemacht werden. Man wird sich dazu erst immer des v. Eickenschen Larynxhebels bedienen und erst, wenn man auf diese Weise keinen Aufschluss erhält, zur Schwebelaryngoskopie schreiten.

Sitzung vom 18. November 1921.

Vorsitzender: P. Heymann.

Vogel stellt einen Fall vor von Ozäna der Kieferhöhlenschleimhaut. Bei der Operation erschien die Schleimhaut makroskopisch fast normal, blass, dünn, ohne erhebliche Veränderungen. Mikroskopisch bot sich folgendes Bild: Verdickung des subepithelialen Bindegewebes, zystische Degeneration, Rundzelleninfiltration und Oedem. Es gibt Fälle, in denen nur das Mikroskop entscheiden kann, ob die Kieferhöhlenschleimhaut an der Ozäna beteiligt ist oder nicht.

Claus demonstriert einen Fall von Rhinosklerom, betreffend eine aus Ostpreussen stammende Frau, die aber seit 25 Jahren in Berlin lebt.

Heymann demonstriert ein ausgebreitetes Angiom, das an der Lippe beginnt und längs des Zahnrandes nach hinten verläuft. Pat. ist eine 52jährige Frau. Sie gibt an, dass sie seit ihrer Kindheit einen Blutschwamm an der Lippe hatte, der Tumor sei nur langsam gewachsen; seit Aufhören der Menstruation — vor 9 Jahren — fing er an zu wachsen. Der Tumor pulsiert nicht; er geht nur wenig über die Mittellinie hinaus. Er ragt rüsselförmig über die Lippe vor. Zur Zeit der Menstruation — Pat. menstruiert nicht mehr — schwillt der Tumor angeblich an. Heymann bezeichnet den Fall als Angioma racemosum.

Halle schlägt Diathermiebehandlung vor; eventuell könne man auch, um Blutung zu vermeiden, das Ganze mit Matratzennähten umstechen, es abtragen und dann eine Plastik machen.

Littaur hält einen Vortrag über „Zufälle bei Operationen an den Tonsillen".

L. spricht eingehend über die nach Tonsillaroperationen auftretenden Blutungen. Er berichtet über zwei selbst erlebte Fälle. In dem einen Fall war ein junger Mann, dem Nachmittags eine Tonsille entfernt war, entgegen dem Verbot, am Abend in sein Heimatsdorf zurückgereist. Er war Nachts mit Erbrechen erwacht, ein hinzugerufener Arzt hatte gesagt, es sei Lungenbluten und war bei derselben Behauptung geblieben, als er im Laufe der Nacht noch einmal gerufen wurde. Am Morgen wurde L. benachrichtigt, dass der Junge gestorben sei.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 25jährige Frau, zu der L. an einem Freitag wegen einer doppelseitigen Angina gerufen wurde; am Sonntag wurde er eiligst zu ihr gerufen und fand die Pat. aus Mund und Nase blutend, so dass das ganze Bett mit Blut überschwemmt war. Bei der Untersuchung fand er Gaumen und Rachenwand stark vorgewölbt. Es handelte sich offenbar um Arrosion eines grossen Gefässes. L. wollte in der benachbarten Klinik die Tracheotomie und Unterbindung der Karotis vornehmen. Inzwischen aber erstickte die Frau.

L. geht dann auf die Blutversorgung der Tonsille ein; er erwähnt die Varietät, auf die Fränkel aufmerksam machte, dass die Tonsille nicht von der A. palat. ascend., sondern von der A. max. intern. versorgt wird. L. hat diese

Varietät zweimal gesehen; in diesen Fällen wäre bei einer Operation sicher auch eine Blutung erfolgt. Die Carotis int. fällt seiner Ansicht nach nicht in den Operationsbereich; die Gefahr ihrer Verletzung besteht nur bei Anwendung des spitzen Messers. Die häufigste Quelle der Blutung ist die A. tonsillaris bei ihrem Eintritt in die Mandel; es besteht stets eine innige Verbindung des Gefässes mit der Kapsel. Es werden die hauptsächlichsten begünstigenden Momente für die Blutung besprochen. Hämophilie, Arteriosklerose, Menstruation; auch zu Zeiten von Epidemien soll man nicht operieren, vorsichtig soll man sein bei Neurasthenikern und Sängern.

Nach Besprechung der verschiedenen Mittel und Methoden zur Blutstillung bezeichnet L. als am sichersten die Naht der Gaumenbögen, die er rät, prinzipiell auszuführen. Seit ihrer Anwendung hat L. nie mehr Blutungen gesehen: Man solle Tonsillenoperationen bei Erwachsenen stets nur Vormittags und in der Klinik ausführen.

Finder: Die Ausführungen des Vortr. beziehen sich wohl nur auf Tonsillektomien. Wenn auch von mancher Seite behauptet wird, dass nach Tonsillotomie Blutungen häufiger seien als nach Tonsillektomie, so hat F. nach jener nie eine stärkere Blutung gesehen. Bei Tonsillektomie kommen — glücklicherweise sehr selten, es sind aber solche Fälle mitgeteilt — foudroyante Blutungen während oder unmittelbar nach der Operation vor, die in ein paar Sekunden zum Tode führen; in diesen Fällen handelt es sich stets um Verletzung eines grossen Gefässes und zwar wird hier wohl meist eine Anomalie des Verlaufes vorliegen. Sehr viel häufiger handelt es sich um geringe Blutungen, die anfangs nicht beobachtet wurden und bei denen sich der Operateur sagte: sie wird schon von selbst stehen. Man soll es sich daher zum Prinzip machen, den Pat. nicht eher vom Stuhl aufstehen zu lassen, als bis die Wundfläche absolut trocken ist; man soll so lange komprimieren bzw. tamponieren, bis die Blutung steht, jedes blutende Gefäss muss gefasst und unterbunden werden. Genau ist darauf zu achten, ob der Pat. später auffällig viel schluckt oder Blut bricht; in diesem Falle ist sicher Blutung vorhanden und muss sofort nachgesehen werden. Hängt ein Koagulum von einer Seite herab, so muss dies entfernt werden. Es muss nach dem allgemeinen chirurgischen Grundsatz verfahren werden, dass jedes blutende Gefäss gefasst und unterbunden wird. Das Zusammennähen der Gaumenbögen über einem Tampon verwirft F.; der Tampon saugt sich voller Sekret, das sich zersetzt; ausserdem kann es in den Tampon weiterbluten.

Claus betont ebenfalls, dass exakte Blutstillung vor Verlassen des Operationsraumes, Unterbinden eventuell Umstechen des blutenden Gefässes die beste Prophylaxe gegen Nachblutung darstellt. Ist der Pat. im Bett, so muss sorgfältig darauf geachtet werden, ob er nicht viel schluckt.

Halle versteht die Aetiologie der Blutung in dem zweiten von dem Vortr. berichteten Fall nicht ganz. Blutungen bei Tonsillotomien sind zwar selten, kommen aber vor; man soll dann schnell die Tonsillektomie machen und das blutende Gefäss fassen. Bei der Tonsillektomie nach Sluder sind Blutungen sehr selten. Halle hat eine Methode des Operierens angegeben, bei der die Blutung

sich sicher vermeiden lässt. Die in Betracht kommenden Gefässe senken sich besonders im oberen Pol der Tonsille ein. Die Methode besteht nun darin, dass beim Ausschälen der Tonsille von vornherein jeder Gefässstrang gefasst und dann erst durchschnitten wird. Man muss sorgfältig darauf achten, dass man immer im Faszienraum bleibt. Am unteren Pol blutet es fast niemals. Wird man zu einer Blutung gerufen, so soll man, falls ein Gefäss blutet, dies unterbinden; bei parenchymatösen Blutungen ist zu tamponieren und über dem Tampon die Gaumenbögen zu vernähen.

Blumenthal empfiehlt für die Naht der Gaumenbögen den Killianschen Nadelhalter.

Sitzung vom 16. Dezember 1921.

Vorsitzender: P. Heymann.

West demonstriert einen geheilten Fall von Tränensackeiterung nach endonasaler Operation.

Blitz (a. G.) demonstriert einen grossen papillären Tumor, der von der linken ary-epiglottischen Falte ausging.

Minnigerode demonstriert einen Fall von Lues des Stirnknochens, wie man solche so ausgebreitet heute nur selten noch zu Gesicht bekommt. Pat. ist seit 3 Jahren krank, ohne dass ihr Leiden richtig erkannt wurde. Es bestanden Kopfschmerzen und Vorwölbung an der Stirn, man fühlte Fluktuation und einen grossen Knochensequester; ausserdem war ein Knochensequester des Alveolarfortsatzes am Oberkiefer vorhanden, nach dessen Entfernung sich eine grosse Perforation von der Mundhöhle zur Nase zeigte. Neben Einleitung einer spezifischen Therapie wurde durch Schnitt in der linken Augenbraue ein umfangreicher Sequester des Stirnbeins entfernt, der nur die Stirnhöhlenwandungen beiderseits betraf; die Hinterwände waren intakt.

Demonstration von Stereo-Röntgenbildern des Falles nebst Photographie eines analogen Falles, der von Claus beobachtet wurde, mit eigenartiger doppelseitiger Vorwölbung der Stirngegend.

Seifert berichtet 1. über einen grossen periösophagealen Abszess im Anschluss an Fremdkörper; der bis in den Brustraum reichende Abszess wurde von aussen eröffnet. Eine Woche später erfolgte spontane Perforation in den Ductus thoracicus; Pneumothorax; Exitus.

2. Einen zweiten Fall, in dem der Abszess gleich am zweiten Tage eröffnet wurde und der jetzt geheilt ist.

S. knüpft daran die Mahnung, sofort zu operieren, wenn Fieber vorhanden ist, selbst wenn weitere Komplikationen fehlen.

Salomon berichtet über einen Fall von Phlegmone des Pharynx unklarer Provenienz, den er zusammen mit Edm. Meyer von aussen eröffnete und in dem Heilung eintrat.

Es folgt die Diskussion über den in der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrag von West: Zur Verbesserung der Technik der endonasalen

schritten. Wegen der Gefahr einer Blutung wurde die Karotis freigelegt und ein Katgutfaden provisorisch um sie herumgelegt. Darauf wurde die laterale Pharyngotomie gemacht; der Tumor liess sich leicht in toto herausschälen. Es schien, dass er von der Gegend der Fossa pterygomaxillaris ausging. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Tumor in der Hauptsache aus Knorpelgewebe bestand und zwar besonders aus embryonalem Knorpelgewebe; daneben fand sich wohlausgebildetes Knorpelgewebe und Züge von Endothelzellen. Die Geschwulst ist eine Mischgeschwulst und zwar ein Myxo-chondro-endotheliom. Pat. ist vor einem halben Jahre operiert worden; es ist keine Spur eines Rezidivs vorhanden.

3. F. demonstriert nochmals den in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von Auftreibung der Stirnhöhle. Pat. ist inzwischen operiert worden. Es wurde dicht über dem Augenbrauenkopf eine Oeffnung in der Stirnhöhle angelegt: die besonders auf die Röntgenuntersuchung begründete Annahme, dass in der Stirnhöhle sich kein fremder Inhalt befinde, erwies sich als richtig. Die Höhle war vollkommen leer, ohne Eiter, ohne Schleim oder dergl. Nur auf dem Boden der Höhle war die Schleimhaut polypös verdickt; der Ausführungsgang war sehr eng, dies war wohl der Grund, weswegen eine Sondierung von der Nase aus sich als unmöglich erwiesen hatte. Es wurde die verdickte Schleimhaut ausgekratzt und der Ausführungsgang ausgiebig erweitert. Pat. ist seit der Operation von den ständigen heftigen Kopfschmerzen, über die er klagte, befreit.

Seifert demonstriert einen Apparat zur direkten Besichtigung des Kehlkopfes, durch welchen die komplizierte Vorrichtung der Schwebelaryngoskopie unnötig gemacht wird.

Claus hält einen Vortrag über „Hypopharyngoskopie“.

Er weist auf die Wichtigkeit dieser Untersuchungsmethode hin, durch welche eine viel zu wenig beachtete Gegend der Besichtigung zugänglich gemacht wird. Die Erkrankungen dieser Region — meist maligner Natur — kommen meist noch zu spät zur Entdeckung, so dass ihre Operation nicht mehr möglich ist.

Redner gibt eine Würdigung der v. Eickenschen Hypopharyngoskopie: er erwähnt den Gerberschen Laryngopharyngoskopie-Spatel, der den Nachteil hat, im Hypopharynx selbst eingesetzt zu werden und daher einen grossen Teil des zu untersuchenden Terrains zu verdecken. Auch der Hypopharynxdistraktor von Réthi hat sich als unzweckmässig erwiesen, da er schwer einzuführen ist. Am einfachsten und praktischsten ist die v. Eickensche Methode. Mit ihr kann nur noch die Killiansche Schwebelaryngoskopie konkurrieren; diese hat den Vorteil, dass der Operateur beide Hände frei hat. Mittels ihrer kann man den ganzen Hypopharynx bei richtiger Einstellung bequem überblicken. Eine Untersuchung des Hypopharynx ist auch bei leisestem Verdacht auf Tumor unbedingt notwendig. In allen Fällen, in denen längere Zeit anhaltende Schluckbeschwerden bestehen, für die sich bei den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden kein Anhalt finden lässt, muss immer wieder die Hypopharyngoskopie gemacht werden. Man wird sich dazu erst immer des v. Eickenschen Larynxhebels bedienen und erst, wenn man auf diese Weise keinen Aufschluss erhält, zur Schwebelaryngoskopie schreiten

Sitzung vom 18. November 1921.

Vorsitzender: P. Heymann.

Vogel stellt einen Fall vor von Ozäna der Kieferhöhlenschleimhaut. Bei der Operation erschien die Schleimhaut makroskopisch fast normal, lass, dünn, ohne erhebliche Veränderungen. Mikroskopisch bot sich folgendes ild: Verdickung des subepithelialen Bindegewebes, zystische Degeneration, undzelleninfiltration und Oedem. Es gibt Fälle, in denen nur das Mikroskop ıtscheiden kann, ob die Kieferhöhlenschleimhaut an der Ozäna beteiligt ist ler nicht.

Claus demonstriert einen Fall von Rhinosklerom, betreffend eine aus ·tpreussen stammende Frau, die aber seit 25 Jahren in Berlin lebt.

Heymann demonstriert ein ausgebreitetes Angiom, das an der Lippe ·ginnt und längs des Zahnrandes nach hinten verläuft. Pat. ist eine 52jährige ·au. Sie gibt an, dass sie seit ihrer Kindheit einen Blutschwamm an der Lippe ıtte, der Tumor sei nur langsam gewachsen; seit Aufhören der Menstruation — r 9 Jahren — fing er an zu wachsen. Der Tumor pulsiert nicht; er geht nur ·nig über die Mittellinie hinaus. Er ragt rüsselförmig über die Lippe vor. Zur it der Menstruation — Pat. menstruiert nicht mehr — schwillt der Tumor an-·lich an. **Heymann** bezeichnet den Fall als Angioma racemosum.

Halle schlägt Diathermiebehandlung vor; eventuell könne man auch, um ıtung zu vermeiden, das Ganze mit Matratzennähten umstechen, es abtragen d dann eine Plastik machen.

Littaur hält einen Vortrag über „Zufälle bei Operationen an den ınsillen".

L. spricht eingehend über die nach Tonsillaroperationen auftretenden Blu-ıgen. Er berichtet über zwei selbst erlebte Fälle. In dem einen Fall war ein ·ger Mann, dem Nachmittags eine Tonsille entfernt war, entgegen dem Verbot, Abend in sein Heimatsdorf zurückgereist. Er war Nachts mit Erbrechen er-cht, ein hinzugerufener Arzt hatte gesagt, es sei Lungenbluten und war bei selben Behauptung geblieben, als er im Laufe der Nacht noch einmal gerufen rde. Am Morgen wurde L. benachrichtigt, dass der Junge gestorben sei.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 25jährige Frau, zu der L. an ·m Freitag wegen einer doppelseitigen Angina gerufen wurde; am Sonntag rde er eiligst zu ihr gerufen und fand die Pat. aus Mund und Nase blutend, so ·s das ganze Bett mit Blut überschwemmt war. Bei der Untersuchung fand er ımen und Rachenwand stark vorgewölbt. Es handelte sich offenbar um Ar-·on eines grossen Gefässes. L. wollte in der benachbarten Klinik die Tracheo-·ie und Unterbindung der Karotis vornehmen. Inzwischen aber erstickte · Frau.

L. geht dann auf die Blutversorgung der Tonsille ein; er erwähnt die ·ietät, auf die **Fränkel** aufmerksam machte, dass die Tonsille nicht von der palat. ascend., sondern von der A. max. intern. versorgt wird. L. hat diese

Tränensackchirurgie. In dieser Diskussion wird von Halle und West wiederum die Frage der Priorität der endonasalen Tränensackchirurgie aufgerollt.

Sturmann demonstriert aus der Sammlung des Krankenhauses am Urban das Präparat eines Schädels, in dem eine kolossale Vortreibung der Gesichtsschädelknochen infolge Auftreibung der Höhlen zu sehen ist.

Finder.

III. Briefkasten.

Die Frage der Wiederbesetzung des seit Killians Tode vakanten Lehrstuhls für Laryngologie an der Universität Berlin ist nun endgültig entschieden worden. Prof. Otto von Eicken — bisher in Giessen — der älteste Schüler Killians, hat den an ihn ergangenen Ruf angenommen und wird mit Begin des kommenden Sommersemesters in seine neue Tätigkeit eintreten. Er wird, wie wir hören, auch Ohrenheilkunde lesen und so wird es dann künftig in Berlin, wie es auch in Wien der Fall ist, zwei Universitätskliniken für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten geben. So viel sich auch von unserem Standpunkt gegen diese Lösung der Dinge einwenden lässt, so ist es doch mit Freude zu begrüssen, dass Killians Lehrstuhl wieder durch einen Ordinarius besetzt wird und dass nicht — wie es eine Zeitlang drohte — die Berliner Laryngologische Klinik zur Nebenabteilung einer anderen Klinik geworden ist.

F.

Prof. Wagener (bisher in Marburg) hat einen Ruf als Nachfolger von Prof. Lange nach Göttingen erhalten.

Unser verehrter Mitarbeiter Dr. Max Nadoleczny in München hat sich daselbst für Phonetik habilitiert.

Dr. Pietro Caliceti ist in Catania und Dr. Giuseppe Petrelli in Neapel zur Dozentur zugelassen worden.

Prof. Zange (Jena) hat einen Ruf nach Graz erhalten.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G Finder, Charlottenburg, Augsburger Str 38
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXVIII. März 1922. No. 3.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft
von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **G. Bradt** (Berlin), **Calamida** (Mailand), **R. Dreyfuss** (Frankfurt a. M.), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **F. Hanszel** (Wien), **R. Hoffmann** (Dresden), **R. Imhofer** (Prag), **G. Jonquière** (Bern), **R. Kotz** (München), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **R. Lund** (Kopenhagen), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg). **W. Sobernheim** (Berlin), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben
von

GEORG FINDER
Berlin.

Berlin 1922.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

// Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXVIII. Berlin, März. 1922. No. 3.

I. An die Leser und Mitarbeiter des Centralblattes.

Mit diesem Heft wird das von Felix Semon im Jahre 1884 begründete „Internationale Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften“ zu Grabe getragen, um als „Centralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“ in einem anderen Verlag, mit neuen Zielen, mit einem erweiterten Programm und einem vergrösserten Stabe von Herausgebern und Mitarbeitern seine Auferstehung zu feiern.

Nicht ohne ein Gefühl wehmütiger Resignation sehe ich das alte Centralblatt dahingehen. Fast ein Vierteljahrhundert hindurch habe ich ihm — zuerst als Mitarbeiter, dann als Schriftleiter und seit Semons Rücktritt im Jahre 1908 als alleiniger Herausgeber — einen nicht geringen Teil meiner Zeit und meiner Arbeit gewidmet. Ich bin mir wohl bewusst, dass mein Können nicht immer mit meinem Wollen Schritt zu halten vermochte; nicht immer habe ich es allen recht zu machen verstanden und meine Tätigkeit hat gewiss bisweilen bei manchem Widerspruch und Missbilligung gefunden. War es schon von vornherein eine nicht ganz leichte Aufgabe, mich in der Nachfolgeschaft eines Mannes zu behaupten, der damals auf der Höhe seines wissenschaftlichen Weltrufes stand und dem bei seiner redaktionellen Tätigkeit weitreichende und langbewährte internationale Beziehungen zugute kamen, so wurde mir in der Folge diese Aufgabe durch äussere Hemmnisse mannigfacher Art noch weiter erschwert. Als dann der Weltkrieg kam und die wissenschaftlichen Beziehungen zwischen den Nationen jäh zerrissen, türmten sich die Schwierigkeiten, die ja zum Teil auch heute noch bestehen, oft so, dass sie fast unüberwindlich schienen. Wenn ich trotzdem meiner Aufgabe wenigstens im grossen und ganzen gerecht zu werden vermochte, so dass die Mehrzahl der Leser, soweit nicht äussere Gründe sie uns abwendig machten, unserem Blatte treu blieb, wenn es mir sogar gelungen ist, als Lohn für meine Tätigkeit auch manches Zeichen der Anerkennung und des Wohlwollens zu ernten, so

danke ich dies in erster Reihe meinen Mitarbeitern. Ich kann die Treue und Selbstlosigkeit, mit der sie mich unterstützten, den Eifer, mit dem sie ihren Verpflichtungen nachkamen, nicht genug rühmen. Ohne einen von ihnen im geringsten damit zurücksetzen zu wollen, darf ich es wohl als ein besonders rührendes Zeichen der Anhänglichkeit hier hervorheben, dass auch unsere beiden ältesten Mitarbeiter, die Herren Jonquière und Seifert, von denen der eine an unserem Blatte seit dessen Begründung, der andere fast ebenso lange tätig ist, nach Ueberwindung mancher Bedenken und innerer Hemmungen eingewilligt haben, an dem Blatte auch nach seiner Umwandlung weiter mitzuarbeiten. Allen denen, die durch ihre tätige Mithilfe und ihren freundlichen Rat mir die Durchführung meiner Aufgabe erst ermöglicht und allen, die durch ihre Nachsicht und ihr Wohlwollen mir diese Aufgabe erleichtert haben, auch an dieser Stelle meinen Dank auszusprechen, ist mir ein aufrichtiges Bedürfnis.

Man wird mir vielleicht nachsagen, dass ich mich eines Mangels an Ueberzeugungstreue schuldig mache, indem ich bei der Neugestaltung des Centralblattes meine Mitwirkung nicht versage. Bedeutet diese Neugestaltung doch nichts weniger als eine völlige Verleugnung der Grundsätze, in denen dies Blatt einst gegründet wurde, einen Bruch mit den Anschauungen, die auch ich hier stets hochgehalten und verteidigt habe. Ich will heute nicht noch einmal in eine Erörterung der Frage eintreten, ob diese Anschauungen richtig oder falsch waren; dass aber die Entwicklung der Dinge über sie hinfortgeschritten ist, bleibt eine unleugbare Tatsache, gegen die ankämpfen zu wollen, nichts wäre als eine blosse Donquichoterie. Ich würde der Sache wenig dienen, wollte ich mich hartnäckig auf eine Meinung versteifen, die zur Geltung zu bringen, doch keine Aussicht besteht. So habe ich mich denn entschlossen, der Aufforderung des Verlages folgend dem Centralblatt auch nach seiner Umwandlung als Herausgeber anzugehören und ich werde nach besten Kräften bemüht sein, dahin mitzuwirken, dass das „Centralblatt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde" alle Hoffnungen und Erwartungen erfüllt, die wir an sein Erscheinen knüpfen.

Finder.

II. Referate.

a) Allgemeines; obere Luftwege; äusserer Hals; Medikamente.

1) **Fritz Hutter. Bericht über meine fachärztliche Tätigkeit in Sibirien.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1304. 1921.*

H. schildert seine fachärztliche Tätigkeit in Kurgan in West- und in Krasnejarsk in Zentralsibirien, wo er während einer $5^1/_2$ jährigen Kriegsgefangenschaft unter den ungünstigsten klimatischen, hygienischen, örtlichen und per-

lichen Verhältnissen manchen Kranken helfen und manche wissenschaftliche Beobachtung machen konnte. H. sah eine grosse Reihe der allgemein bekannten Affektionen des Ohres und der oberen Luftwege, deren Behandlung besonders durch die primitiven, technischen Hilfsmittel interessant ist. Von besonderen Fällen seien erwähnt eine Rhinitis fibrinosa nach Fleckfieber, ein narbiger totaler Nasenverschluss nach Variola bei einem Kinde, einige Sklerosefälle, mehrere Fälle von Perichondritis des Larynx durch Typhus und Hörstörungen im Verlauf und in der Rekonvaleszenz nach Fleckfieber, die gleichzeitig durch Hyperästhesie für Töne und Geräusche und starke subjektive Geräusche ausgezeichnet waren. Diese Affektion verlief stets günstig. Zuletzt seien noch erwähnt Neurorezidive nach Anwendung besonders französischer und japanischer Ersatzpräparate für Salvarsan. Nach Hg-Kur gingen die Erscheinungen meist zurück, nur in einem Fall entstand einseitige Taubheit. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

MAX MEYER.

2) **Conrad Blaesen. Kongenitale mediale und laterale Halsfisteln.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 167. S. 60. 1921.* *

In der Bonner chirurgischen Klinik kamen in den letzten Jahren 9 Fälle kongenitaler Halsfisteln in Behandlung und zwar: 3 laterale komplette, 3 laterale inkomplette, 1 mediane komplette und 2 mediane inkomplette. In einem Fall bestanden neben doppelseitigen lateralen Halsfisteln auch doppelseitige Ohrfisteln. Vater und Bruder hatten genau die gleichen Fisteln. Die komplette mediane Fistel wurde mittelst Methylenblauinjektion nachgewiesen. Die Behandlung besteht in Radikalexstirpation. Vorher Röntgenaufnahme nach Wismut- oder Kollargolinjektion oder auch Methylenblau. Vorsicht bei der Ausschälung wegen Verwachsung mit den grossen Gefässscheiden.

Bei medialen Fisteln, die scheinbar am Zungenbeinkörper enden, werden in vielen Fällen doch Reste im Zungenbeinkörper gefunden. Daher wird angeraten, einen Teil des mittleren Zungenbeinkörpers zu resezieren.

DREYFUSS.

3) **H. Finkelstein** (Berlin). **Zur Frage des Stridor thymicus.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4. S. 93. 1921.*

F. ist es aufgefallen, dass er ganz im Gegensatz zu den Beobachtungen in der Literatur während 25 Jahren unter einem grossen Kindermaterial nie einen Fall von Stridor thymicus gesehen hat. Keineswegs will er jedoch das Vorkommen eines solchen Zustandes leugnen, da die operativen Erfolge und das Verschwinden des Stridors nach Röntgenbehandlung die Möglichkeit des Vorhandenseins der Krankheit zulassen. Allerdings hat nicht selten der Erfolg der Strahlenbehandlung solange auf sich warten lassen, dass mancher Zweifel an dem Zusammenhang auftauchen darf. Auch sind tuberkulöse und nicht tuberkulöse Lymphome durch Röntgentherapie beeinflussbar.

R. HOFFMANN.

4) **W. Weiss** (Wien). **Ueber Schleimhautpemphigus der oberen Luftwege.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. S. 822. 1921.*

Die Arbeit enthält die eingehende Beschreibung von 2 Fällen von Pemphigus der obern Luftwege, das eine Mal mehr auftretend in Form der essentiellen

Schleimhautschrumpfung, wie sie Thost als charakteristisch für dieses Krankheitsbild beschrieben hat (chronischer Pemphigus), das andere Mal mit ausgesprochener, in akuten Schüben auftretender Blasenbildung. Die erste Patientin hatte eine positive Wassermannreaktion, die zweite Patientin eine Ozäna als Nebenbefund.

SCHLITTLER.

5) **H. Sternberg. Ein Beitrag zur Leukämie der oberen Luftwege.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. S. 1655. 1921.*

Ein 32jähriger Mann, der an einer akuten grosszelligen Leukämie litt, klagte über Halsschmerzen, die durch ein flaches, kreuzergrosses, schmutzig-grauschwarz belegtes Geschwür an der linken Tonsille bedingt waren. Im weiteren Verlauf breitete ich das Geschwür aus, das Zahnfleisch begann anzuschwellen, es traten Blutungen aus dem Munde auf. Nach etwa 8 Tagen fing das Geschwür der Tonsille an, sich zu reinigen und zu epithelisieren, die Schleimhaut des Gaumens erschien geschwollen, von wachsgelber Farbe mit kleinen hämorrhagischen Herden besetzt, Tonsillen sehr gross, Larynx frei, auffallend blasse Schleimhaut. Unter zunehmendem Verfall Exitus. Die Sektion ergab akute lymphatische Leukämie, mächtige lymphatische Hyperplasie im Rachen, warzige Verdickung beider mittleren Nasenmuscheln. Beschreibung des histologischen Befundes.

SEIFERT.

6) **Nordheim. Maul- und Klauenseuche.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung v. 30. Nov. 1920. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. S. 170. 1921.*

6 jähriges Mädchen erkrankte mit Erbrechen, Fieber bis 40°, Mund- und Halsschmerzen. Danach Auftreten eines Hautausschlages auf dem ganzen Körper, makulös, linsen- bis erbsengross, zum Teil hämorrhagisch werdend. Schwere eitrige Stomatitis und schmerzhafte Bläschen an der Vulva. Leichte Eosinophilie. Diagnose gesichert als nach 8 Tagen auch noch Eitergeschwüre an Fingern und Zehen auftraten und sich ergab, dass das Kind dauernd Butter von einem mit Maul- und Klauenseuche verseuchten Gute genossen hatte. Heilung innerhalb 3 Wochen.

R. HOFFMANN.

7) **Paul Uhlenhuth** (Berlin-Dahlem). **Uebertragung von Maul- und Klauenseuche auf Meerschweinchen.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. S. 671. 1921.*

Es gelingt die Maul- und Klauenseuche auf Meerschweinchen zu übertragen. Der positive Ausfall ist lediglich der hohen Virulenz der jetzt zur Verfügung stehenden Lymphe der bösartigen Maul- und Klauenseuche zuzuschreiben. Diese Tatsache hat für die weitere Erforschung der Maul- und Klauenseuche eine wichtige Bedeutung.

R. HOFFMANN.

8) **Nordheim. Maul- und Klauenseuche.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung v. 30. Nov. 1920. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 29. S. 820. 1921.*

6 jähriges Mädchen. Infektion durch Genuss von Butter, die einem verseuchten Gut entstammte.

R. HOFFMANN.

9) **Waldmann. Ueber die Maul- und Klauenseucheinfektion.** Med. Verein zu Greifswald, Sitzung vom 24. Juni 1921. *Deutsche med. Wochenschr. Nr* [illegible] *S. 1178. 1921.*

Schilderung der Maul- und Klauenseuche bei Tieren. Bezüglich der Erkran-

kung des Menschen an Maul- und Klauenseuche steht W. den zahlreichen Veröffentlichungen der letzten Jahre skeptisch gegenüber. Ausführliche Publikation in der Berliner tierärztlichen Wochenschrift.

R. HOFFMANN.

10) **Georg Catti** (Fiume). **Der Kehlkopfspiegelbefund beim Asthma bronchiale.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 999. 1921.*

Nach Aufzählung der Theorien über das Asthma bronchiale, von denen er diejenige, die das Asthma mit der exsudativen Diathese und der Spasmophilie in Zusammenhang bringt, am überzeugendsten hält, führt Catti die von ihm beobachteten Kehlkopfbefunde beim Asthma bronchiale an.

Es sind dies träge Bewegungen der Stimmlippen oder Unbeweglichkeit der Stimmbänder in einer Mittelstellung zwischen Phonation und Atmung und Rötung der Trachea. Verfasser glaubt je nach dem Befund der Trachea, ob rot oder von normaler Färbung, entscheiden zu können, ob das Asthma durch eine vasomotorische Schwellung der Schleimhaut oder durch Krampf der Bronchialmuskeln entstanden ist.

Im ersteren Falle hat er Adrenalin, im letzteren Atropin mit Erfolg verwendet.

O. HIRSCH.

11) **Reh. Beitrag zur Therapie des epidemischen Singultus.** *Münch. med. Wochenschr. Nr. 52. S. 1680. 1921.*

Verf. sah bei seinen Fällen sehr gute Erfolge mit Gaben von Kokain (zweistündlich ein Kaffeelöffel einer 0,4proz. Lösung).

KOTZ.

12) **Th. Gluck** (Berlin). **Probleme und Ziele der Chirurgie der oberen Luft- und Speisewege.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. S. 1150. 1921.*

G. feiert den 60. Geburtstag Hajeks durch einen kurzen, sehr interessant und anregend geschriebenen Rückblick auf den Werdegang und durch Ausblicke auf die Zukunft der Chirurgie der oberen Luft- und Speisewege. Ausgehend von dem von ihm ersonnenen Prinzip der prophylaktischen Resektion der Trachea mit Einnähung des Luftröhrenstumpfes zirkulär in die Halshaut zur sicheren Verhütung der postoperativen Aspirationspneumonie nach den grossen Operationen im Bereiche der oberen Atmungs- und Speisewege, bespricht G. die segensreichen Wirkungen dieser seither mit so einheitlich gutem Erfolge geübten Methodik.

Dann wird die ausserordentlich vielseitige Verwendungsmöglichkeit der Dermatoplastik eingehend besprochen, die uns instand setzt, selbst grosse Defekte primär zu decken und in relativ kurzer Zeit eine sehr befriedigende Heilung zu erzielen.

Besprochen werden ferner die vielen technischen Behelfe, in der Nachbehandlung Laryng- bzw. Pharyngektomierter, Behelfe, die die Laryngochirurgie der Gluckschen Erfindungsgabe verdankt. (Sprechkanülen, künstlicher Kehlkopf, Gummitrichterersatzprothese usw.)

Sehr interessant und anregend ist das, was G. über totale Trachealresektion, über Operationen an den Lungen und über Bronchostomie schreibt.

Weiterhin finden die experimentellen Untersuchungen über künstlichen Blutersatz von Küttner, die intravenöse Sauerstoff-Kochsalzinfusion eine eingehende

Würdigung und Besprechung und von besonderem Interesse sind die Analogien mit der Zoologie, auf die G. hinweist.

Die bisherigen experimentellen Beobachtungen von Küttner, Kirschner, Poit u. a. lassen G. den Satz aussprechen, dass das Problem noch der Lösung harrt, ob man die Lunge vorübergehend, wenn auch nicht ausschalten, so doch in ihrer Funktion im Experiment wesentlich zu beeinträchtigen vermag und doch noch eine der Atmung analoge vikariierende Funktion durch O.-Zuführung zu inszenieren möglich ist. Man kann aus dieser schönen Arbeit eine Fülle von Anregungen gewinnen und sei daher ihre Lektüre allen jenen empfohlen, die sich mit der grossen Chirurgie im Bereiche der oberen Luft- und Speisewege abgeben.

F. SCHLEMMER.

13) **Willy Wolffheim** (Königsberg). **Ueber den heilenden Einfluss des Erysipels auf Gewebsneubildungen, insbesondere bösartige Tumoren.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 92. S. 507. 1921.*

Interessante Beobachtung an einem 62jährigen Mann, der bereits 3 Jahre an einer Geschwulst des Nasenrachenraums litt und stark schwerhörig geworden war. 2 Geschwülste am Halse waren ohne Erfolg operiert und auch mit Röntgenstrahlen behandelt worden.

An der linken Halsseite fand sich ein hühnereigrosses Drüsenpaket, rechts von der Ohrmuschel ab nach dem Kieferwinkel ein gänseeigrosses. Nasenrachen völlig erfüllt von Tumormasse, die beide Choanen und Tubenostien verlegte. Flüstersprache beiderseits 30—40 cm.

Patient bekam plötzlich ein vom rechten äussern Gehörgang ausgehendes Erysipel mit hohem Fieber und Schwellung der rechten Gesichtshälfte. Nach Ablauf der Rose, etwa nach 3 Wochen, war der Nasenrachen völlig frei, das Gehör beiderseits auf 5 m gebessert, Nasenatmung unbehindert. Postrhinoskopisch zeigte sich am oberen Drittel des Vomer noch ein hellrot gefärbter Tumorrest von Erbsengrösse. Die Drüsenpakete am Halse geschwunden bis auf eine wallnussgrosse Drüse am rechten Unterkieferwinkel, die exstirpiert und histologisch untersucht wurde und sich als Rundzellensarkom erwies.

Bereits nach 6 Wochen waren aber der Nasenrachentumor und die Drüsenpakete wieder gewachsen. — Das linke Stimmband unbeweglich fest in Kadaverstellung. Grosser Röntgenschatten im vorderen oberen Mediastinum, hauptsächlich nach links. Es wurden nun Impfungen mit Erysipeleiter frisch von anderen Kranken, ferner mit reinen Streptokokkenkulturen und mit Mischkulturen gemacht, aber es gelang nicht, ein Erysipel zu erzeugen. — Diese Beobachtung bestätigt die Angaben früherer Autoren über die Schwierigkeiten künstlicher Erysipelerzeugung. 5 Abbildungen illustrieren die lesenswerte Arbeit.

DREYFUSS

14) **Oertel. Die Strahlentherapie in der Oto-Rhino-Laryngologie.** Med. Ges. zu Düsseldorf, Sitzung vom 20. Novbr. 1921. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 1547. 1921.*

In der Ohrenklinik Düsseldorf wird die Bestrahlung mit Röntgen oder Radium nur gelegentlich bei malignen Tumoren vorgenommen, die bereits auf das Mittelohr übergegriffen haben. Bestrahlungen des inneren Ohres mit Radium-

präparaten bei Otosklerose und Otitis interna zur Besserung der Hörfähigkeit waren, wie zu erwarten, ergebnislos. Die schlechten operativen Resultate bei malignen Tumoren der Nase und Nebenhöhlen wurden durch energische Bestrahlungen mit Radium und Einlagen von Radium in die operativ eröffneten Höhlen nicht wesentlich gebessert. Rezidive traten trotzdem ein. Das Gleiche gilt für die malignen Geschwülste des Epipharynx.

Bei Nasenlupus waren die Ergebnisse der Radiumbehandlung recht günstig, ebenso bei Lupus des Rachens und der Mundhöhle. Insbesondere blieben Rezidive bei genügend langer Anwendung des Radiums aus.

Karzinom und Sarkom der Tonsillen, die die Gaumenbögen oder den Zungengrund bereits ergriffen hatten, ergaben vielfach glatte Heilung bei kombinierter Bestrahlung ohne erhebliche funktionelle Störungen. Die Drüsenmetastasen müssen natürlich gesondert bestrahlt werden.

Innere Karzinome des Larynx müssen operativ behandelt werden, zumal die Erfolge oft recht gut sind, ev. ist Nachbestrahlung zur Vernichtung von Karzinomresten zu empfehlen. Aeussere Larynxkarzinome bieten wie die Pharynxkarzinome schlechte Aussichten bei Operation wie für Bestrahlung.

Bei multiplen Papillomen im kindlichen Larynx hat sich Tracheotomie und Einlegen von Radium (20—50 mg) in gut gefilterten Röhrchen sehr bewährt. Die operativen Ergebnisse waren wenig befriedigend, da sehr rasch Rezidive auftraten.

R. HOFFMANN.

15) **Perthes** (Tübingen). **Röntgenbehandlung der bösartigen Geschwülste.** Chir. Kongress Berlin vom 30. März bis 2. April 1921. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19. S. 545. 1921.*

Aus dem Referat, das ausser der Röntgenbehandlung auch die Radium- und die kombinierte Radium-Röntgenbehandlung berücksichtigt, sei das folgende hervorgehoben: Schleimhautkarzinome reagieren schlecht auf Röntgenstrahlen, besser auf Radium. Pharynx- und Larynxkarzinome können durch Bestrahlung zwar zur klinischen Heilung gebracht werden, es treten aber bald Rezidive auf. Nur bei den über den Stimmbändern gelegenen Larynxkarzinomen sind mit der Bestrahlung günstigere Erfolge zu erzielen, tiefer gelegene sind zu operieren. Bei dem Oesophaguskarzinom sind mit Radium-Röntgenbehandlung einzelne Erfolge erzielt. Bei der Behandlung tritt leicht Glottisödem auf, das die Tracheotomie notwendig machen kann. Bei Zungenkarzinom sind vielleicht mit Radium-Röntgenbehandlung Fortschritte zu erreichen.

Auch bei den inoperablen Karzinomen gelingt es zwar in bestimmten Grenzen gute Resultate zu erzielen, aber Dauererfolge bilden eine Ausnahme. Es kann gelingen inoperable Tumoren durch Röntgen-Radiumbehandlung in operable zu verwandeln.

Was die postoperative prophylaktische Bestrahlung anlangt so hat P., ähnlich wie Tietze und Payr, keine so guten Resultate erzielt. Es sind mehr Rezidive besonders im ersten Jahr aufgetreten, die P. veranlasst haben, die prophylaktische Bestrahlung aufzugeben. Von den Sarkomen reagieren die Lymphosarkome gut auf Röntgenstrahlen. Hypophysistumoren reagieren gut auf Bestrahlung, ebenso sind Fibrosarkome des Nasenrachenraums hierfür geeignet.

R. HOFFMANN.

16) **Joseph C. Beck. Weiterer Bericht über die Anwendung von Radium, Röntgenstrahlen und anderen nichtchirurgischen Massnahmen kombiniert mit Operationen an Kopf und Hals. (Further report on the use of radium, the X-ray and other nonsurgical measures, combined with operations about the head and neck.)** *Annals of Otol., Rhin. and Lar. Juni 1921.*

Verf. teilt 62 Fälle mit, bei denen allen die therapeutischen Resultate durch Abbildungen veranschaulicht sind. Er hat alle Arten von malignen und benignen Geschwülsten, Warzen, Rhinophym, Leukoplakie, Keloide, Tuberkulom, Exostosen und Osteitis, Hämatome, Abszesse behandelt.

Verf. kommt zu dem bemerkenswerten Ergebnis, dass die Prozentzahl der Heilungen, die er bei malignen Erkrankungen erzielte, höher waren, wenn Radium- und Röntgenstrahlen nicht angewandt wurden. Es scheint, als ob sich in Fällen maligner Erkrankung bei Anwendung grosser Dosen von Radium- oder Röntgenstrahlen eine Toxämie entwickelt, die sich von der gewöhnlichen Toxämie bei Karzinomen oder der Toxämie nach Anwendung von Radium oder Röntgen bei nicht maligner Erkrankung unterscheidet. Frühzeitige Diagnose und möglichst frühzeitige Operation ohne Anwendung von Röntgen oder Radium hält Verf. für das beste im Interesse des Patienten. In Anbetracht der Heilungsmöglichkeiten bei malignen Krankheiten, die diesen Mitteln zugesprochen wird, hält er sich für verpflichtet sie weiter zu versuchen, wenn er auch in 16jähriger Erfahrung sich von diesen Heilungsmöglichkeiten nicht hat überzeugen können. Bei nicht malignen Erkrankungen soll man jeden Versuch mit der Anwendung von Radium und Röntgen machen; denn in diesen Fällen ist alles zu gewinnen und nichts zu verlieren, ausser Zeit.

FREUDENTHAL.

17) **R. Volk. Ueber Kohlenbogenlichtbäder bei tuberkulösen und lupösen Schleimhauterkrankungen.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. S. 259. 1921.*

V. verwendet Bogenlampen von 80 Volt Spannung und 80 Ampère Stromstärke, aber keine Konzentratoren, wie solche im Finseninstitut üblich sind. Besondere Erfolge hatte er bei der Kehlkopftuberkulose zu verzeichnen.

R. HOFFMANN.

18) **Hirsch** (Stuttgart). **Neue Wege zur Kokainersparnis bei Oberflächenanästhesie.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. 1921.*

Mit 1 proz. Kokain-Kal. sulf.-Suprarenin-Karbollösung bei Eingriffen in Nase, Ohr usw. genügende Anästhesie. Eine 3 proz. wirkt, wie eine 20 proz. Kokain-Suprareninlösung (Solut. Cocain. muriat. (25 pCt.) 1—3,0 Suprarenin mur. (1 pM.) 2,5 Solut. Kal. sulfur (2 pCt.) 5,0 Sol. acid. carbolic. ($^1/_2$ pCt.) ad 25,0.

R. HOFFMANN.

19) **Br. Alexander** (Reichenhall). **Anästhesierende Wirkung des Kaffees.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. S. 272. 1921.*

A. stellte gelegentlich eines rezidivierenden Nebenhöhlenkatarrhes fest, dass 5 ccm eines 10 proz. Kaffeeinfuses mittelst Nasenschiffchens in die Nase eingegossen, die Sensibilität der Nasenschleimhaut in demselben Masse herabsetzte, wie eine 1 proz. Kokainlösung. Auch durch Genuss einer Tasse 10 proz. Kaffeeinfuses bester Qualität wurde die gleiche Wirkung erzielt. Nach gleichzeitiger

lokaler und innerlicher Anwendung wurde die Minderung der Sensibilität noch grösser.

Um zu unterscheiden, ob diese Wirkungen nur dem Koffein zuzuschreiben sind, wurde lokal konzentrierte Kaffeesolution und innerhalb 0,2 Koffein verwandt, das Resultat war dasselbe oder annähernd gleich.

Coffein. natr. salicyl. solut. concentr. setzte lokal die Sensibilität noch mehr herab als Koffein, dagegen schien Genuss mässiger Mengen Alkohol und auch Injektion von 2 ccm Ol. camphor. forte die Sensibilität zu erhöhen.

Die Sensibilität der Nasenschleimhaut wurde vor, 15 und 30 Minuten nach den Versuchen dadurch geprüft, dass eine Nasensonde bis zum Nasenrachen eingeführt wurde. Bei den Eingiessungen wurde die Flüssigkeit für eine Minute mit der Nasenschleimhaut in Berührung gebracht. A. fordert zur Nachprüfung seiner Selbstversuche auf, um ein sicheres Urteil zu gewinnen. R. HOFFMANN.

20) **Ed. Richter. Ein neuer Inhalationsapparat.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung vom 31. Mai 1921. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. S. 1147. 1921.*

Der nach Angaben von R. gebaute Apparat besteht aus einem mit Rotglühlichtlampe versehenen Heizteil und einer eigenartig angebrachten Inhalationskapsel nebst einzelnen Regulier- und Messvorrichtungen. Der Apparat kann dem bettlägerigen Kranken ohne Unbequemlichkeiten Dienste leisten und ebenso kann er zeitlich unbegrenzt angewendet werden. Mittelst eines Steckkontaktes kann er überall in Funktion gesetzt werden, wo eine elektrische Leitung vorhanden ist.

Zum Inhalieren werden spirituöse Lösungen, ätherische Oele, wässrige Extraktionslösungen und die von R. angegebene verdünnte Ammoniak- und Perhydrolinhalation genommen. Die Inhalation wird angewandt zur Desinfektion bei anginösen Prozessen, zur Inhalation bei bronchitischen Affektionen bzw. Lungenentzündungen und zu Narkosezwecken. R. HOFFMANN.

21) **Linck** (Königsberg). **Vuzin und die Behandlung der Meningitis in der Oto-Rhino-Chirurgie.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 106. S. 219.*

Nachdem Verf. bereits in einer vorläufigen Mitteilung auf seine Versuche hingewiesen hatte, berichtet er jetzt über eine grössere Reihe von Fällen, von denen manche für günstige Wirkung des Vuzins sprechen. Vuzin ist ein Chinin-Derivat, das in einer Verdünnung, die so stark ist, dass keine Eiweissschädigung eintritt, noch stark keimtötend wirkt. L. wendet es sowohl kurativ als prophylaktisch an. Bei eingetretener Meningitis gibt es intralumbal bis zu 20:10000 mehrmals, bei drohender Meningitis 1—2 mal 10:10000. Voraussetzung ist natürlich, dass es gelingt, die Infektionsquelle der Meningen chirurgisch zu beherrschen. Bei hohen Dosen (20:10000 wird als Höchstdosis bezeichnet) scheint eine gewisse Hemmung der Reflextätigkeit in den unteren Rückenmarkssegmenten einzutreten, bei niedrigeren Dosen wurden nie Schädigungen gesehen. KOTZ.

22) **J. Safranek** (Budapest). **Seltene laryngologische Fälle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1554. 1921.*

I. Laryngo-Oesophagealfistel. Bei einem 58 jährigen Mann, der vor 34 Jahren irrtümlicher Weise Vitriol getrunken hat und der wegen Steckenbleibens

eines Bissens „in der Kehle" spezialistische Behandlung aufsucht, findet sich vollständiger narbiger Verschluss des Oesophaguseinganges. Bei direkter Untersuchung des Kehlkopfes sieht man zwischen den hinteren Enden der Stimmbänder ein narbiges Diaphragma ausgespannt. Die hintere Kehlkopfwand ist auch vernarbt, und in diesem Narbengewebe findet sich zwischen den Aryknorpeln, ein wenig oberhalb der Taschenbänder eine runde Oeffnung von 5—6 mm Durchmesser, durch welche eine Sonde in die Speiseröhre und den Magen gelangt. Das Schlucken geschieht nun bei dem Patienten so, dass die Speisen in den durch Vernarbung und Starrheit der Epiglottis nicht verschliessbaren Larynx gelangen und von dort durch die Fistel in Speiseröhre und Magen gleiten. Beim Schluckakt verschliesst Pat., wie beobachtet werden konnte, die tieferen Luftwege durch festes Aneinanderpressen der Stimmbänder und der hypertrophischen Taschenbänder. Der Kranke „verschluckt" sich fast nie, der neue Reflexbogen arbeitet also einwandfrei. Um dem Kranken auch das Schlucken grösserer und festerer Bissen zu ermöglichen, wurde die Fistel mit bestem Erfolge dilatiert.

II. Tumorartige Hyperkeratose des Larynx. Ein 49 jähriger Mann, der wegen hochgradiger Heiserkeit untersucht wurde, wies an der rechten Stimmlippe vom vorderen Ende derselben bis zum Processus vocalis sich ausbreitend, eine haselnussgrosse Volumenvergrösserung auf, welche aus dicht nebeneinandergelagerten, schneeweissen, stachelartigen, hornharten Exkreszenzen bestand. Eine Probeexzision zeigte 4—5 mm lange Stacheln, die auf einem harten, warzenartigen Gebilde sassen. Histologisch war die Geschwulst ein gutartiges Papillom mit ausgebreiteter, ungewöhnlicher Verhornung des Oberflächenepithels. Endolaryngeale Abtragung der Geschwulst, die vom Stimmband ausging und ihm als breitbasiges, rigides, warzenartiges Gebilde aufsass. Die Aetiologie der Hornbildung ist nicht bekannt. Einige Autoren nehmen chronische Entzündungsreize, andere kongenitale Anlage an.

III. Retropharyngeales Fibrom. Bei einer 30 jährigen Frau fand sich an der hinteren Pharynxwand ein gänseeigrosser Tumor von ovaler Form, glatter Oberfläche, kompakter Konsistenz, guter Abgrenzbarkeit und schlechter Verschieblichkeit gegen die Wirbelsäule. Die die Geschwulst überziehende Schleimhaut war normal. Der Tumor reichte vom III.—VII. Halswirbel. Keine Drüsen, näselnde Stimme, Ernährungsschwierigkeit. Klinisch wurde Fibrom oder Lipom für am wahrscheinlichsten gehalten. Operation in Lokalanästhesie vom Schnitt für die laterale Pharyngotomie aus. In der Tiefe gelangt man an den Tumor, der nur am Lig. longitudinale anterius der Wirbelsäule festsass, und kann ihn submukös entfernen. Die Masse der Geschwulst sind 10,5 : 5,5 : 4,0 cm. Histologisch handelt es sich um ein zellreiches, fasriges weiches Fibrom. Ausser diesem Fall gibt es noch 8 Fälle in der Literatur mit ähnlicher Lokalisation einer ähnlichen Geschwulst.

MAX MEYER.

23) **Dornheim. Oto - rhino - laryngologische Demonstrationen.** Aerztl. Bezirksverein zu Zittau i. Sa., Krankenhausabend am 3. März 1921. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 34. S. 1018. 1921.*

Aus der Fülle des demonstrierten Materials sei hervorgehoben: ein Fall von Lues der linken Kieferhöhle, in der sich etwa 25 haselnusskerngrosse Steine fanden.

Die Steine hatten sich um exfoliierte Sequester gebildet, ferner ein Fremdkörperfall (dreikantiges, daumennagelgrosses, flaches Knochenstück). Bronchoskopische Entfernung aus dem linken Bronchus, etwa 3 cm unterhalb der Karina in Granulationen eingebettet nach 3wöchigem Bestand. Erschwerung der Entfernung durch Verhakung zweier Ecken des Fremdkörpers in zwei abgehenden Bronchialröhren.

R. HOFFMANN.

24) **Beck. Ueber Gurgeln (Röntgendemonstration).** Naturhistor.-med. Verein zu Heidelberg, Sitzung vom 7. Juni 1921. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. S. 1170. 1921.*

Beck hat verschiedene Menschen mit Aufschwemmungen von Eubaryt gurgeln lassen und dann Röntgeneinschlagaufnahmen gemacht, um festzustellen, wohin die Flüssigkeit bei verschiedenartigem Gurgeln gelangt. Bei dem gewöhnlichen Gurgeln, wobei das laute Geräusch entsteht, bleibt die Flüssigkeit im wesentlichen im Mund, kommt jedoch an Gaumenbögen und Tonsillen heran. Der Rachen selbst bleibt unberührt, auch beim Gurgeln mit weit vorgestreckter Zunge und nach hinten gebeugtem Kopf bestehen ungefähr die gleichen Verhältnisse.

Bei dem sogenannten tiefen Gurgeln wird festgestellt, dass das Gurgelwasser in den Hypopharynx gelangt, wobei die Hauptansammlungen in den Valeculae und im Sinus piriformis stattfinden. Die Flüssigkeiten werden durch eine richtige Schluckbewegung hinunter befördert, wobei die bekannten Sicherungen, um ein Hineingelangen der Flüssigkeit in den Kehlkopf zu verhüten, eintreten. Nach Lösung der Sicherungen ist es diesen Gurglern möglich, die Gurgelflüssigkeit bis an die geschlossene Glottis herunterzubringen.

R. HOFFMANN.

b) Nase und Nasenrachenraum.

25) **Arnaldo Malan. Zylindrom des Nasenrückens. (Cilindroma del dorso del naso.)** *Arch. Ital. di Laring. H. 4. 1921.*

Der Tumor war in seinen unteren drei Vierteln ulzeriert; er war von harter Konsistenz, in seinem unteren Teil gegen die Unterlage verschieblich, gegen die Nasenwurzel hin dem Knochen adhärent. Keine Drüsen. Der Tumor wurde exstirpiert. Seit $2^1/_2$ Jahren ist kein Rezidiv zu verzeichnen.

Verf. gibt eine eingehende Schilderung des histologischen Befundes; trotzdem die histologische Diagnose dadurch erschwert ist, dass der Tumor schon zum Teil im Zustand des Zerfalles war, hält Verf. es für unzweifelhaft, dass er zu den sogenannten Zylindromen gezählt werden muss.

CALAMIDA.

26) **Frühwald** (Wien). **Zur Kasuistik der Tumoren des Vestibulum nasi.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 108. S. 210.*

Beide Fälle entwickelten sich aus Warzen, die seit Jahren bestanden und wohl ursprünglich als gutartig ansprechbar, durch mechanische Insulte gereizt wurden. Der eine war, als er sich dem Verf. zeigte, zu enormer Grösse ausgedehnt und hatte bereits zu schwerer Kachexie geführt, so dass er nicht mehr zu operieren war; er zeigte sich anatomisch als verhorntes Plattenepithelkarzinom. Der andere, kleinere liess sich leicht exzidieren und war seiner histologischen Gestal-

tung nach ein mit Plattenepithel bekleidetes Papillom. Verf. empfiehlt gutartige Neubildungen des Gesichts, die gemäss ihrer Lokalisation mechanischen Reizen ausgesetzt sind, frühzeitig zu entfernen. KOTZ.

27) **Uffenorde** (Göttingen). **Beitrag zur Untersuchung der Zysten am Naseneingang.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 107. S. 262.*

Bericht über eine unter der Oberlippe und dem Nasenboden gelegene, auf operativem Wege entfernte Zyste, die als Gesichtsspaltenzyste anzusprechen war und wahrscheinlich von der Vereinigung des primären seitlichen Nasenfortsatzes mit dem Oberkieferfortsatz ausging, wobei ein Ektodermrest im Mesodermgewebe liegen blieb. Differentialdiagnostisch ist bei den Zysten der histologische Befund nicht immer entscheidend. KOTZ.

28) **Klestadt** (Breslau). **Embryologische und literarische Studie zur Genese der Gesichtsspaltenzysten und ähnlicher Gebilde.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 81. S. 330.*

Die theoretischen Erörterungen stützen sich auf eingehende embryologische Studien und kommen zu dem Schluss, dass die Zysten des Nasenvorhofs sehr verschiedenen Ursprungs sein können. Der histologische Befund ist nicht immer massgebend, wichtig ist der Sitz der Zyste. KOTZ.

29) **Rud. Hoffmann** (München). **Beitrag zur Frage der zerebralen Vasomotion.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 9/10.*

Die Arbeit bildet eine Zusammenfassung der ausgedehnten experimentellen Versuche über die Beeinflussung der Vasomotoren von der Nasenschleimhaut aus, welche der leider allzufrüh verstorbene Verfasser seinerzeit vorgenommen hat. Den Ausgangspunkt für die Abhandlung bilden die Arbeiten von François-Frank und Grossmann, deren Ergebnisse insofern einander völlig widersprechen, als der erste Autor nachgewiesen hat, dass Nasenreizung im Gebiete des Kopfes Vasodilatation erzeugt, während sonst überall Vasokonstriktion beobachtet wird, der letztere hingegen nie beobachten konnte, dass einzelne Teile des arteriellen Gefässsystems verschieden reagieren auf ein und denselben Reiz.

In zahlreichen und ausserordentlich sorgsam durchgeführten Tierversuchen prüft nun H. den Einfluss der elektrischen Reizung der Nasenmukosa, die elektrische Reizung des Nerv. depressor, die Folgen der Vagotomie, sowie der Vagus- und Sympathikusreizung auf die zerebrale Blutversorgung, ebenso die Wirkung, welche Kurare, Strychnin, Adrenalin, Jodothyrin und Pituitrin auf den Blutdruck ausüben.

Hoffmann stellt am Schlusse seiner umfangreichen Arbeit die wichtigsten Ergebnisse zusammen, welche seine Forschungen sowohl für die Klinik als für die Physiologie haben; da sie nicht auszugsweise wiedergegeben werden können, wird der Leser auf das Original verwiesen. SCHLITTLER.

30) **Mark J. Gottlieb** (New York City). **Einige Tatsachen betreffend Heufieber und Asthma. (Some facts concerning hay fever and asthma.)** *Laryngoscope. Dezember 1921.*

In Amerika ist zu unterscheiden zwischen einem Frühlings- und Herbstheu-

fieber. Ersteres ist zurückzuführen auf die Einwirkung von Graspollen, letzteres hauptsächlich auf Ambrosia artemisifolia („ragweed"). Bei der Mehrzahl der an Frühlingsfieber leidenden Patienten ist eine Immunisierung durch Vakzine möglich, diese versagt aber nach Ansicht des Verf. beinahe völlig bei den Herbstfieberpatienten.

Bronchialasthma ist im wesentlichen eine auf Allergie beruhende Erscheinung; die Substanzen, welchen gegenüber Patienten sich allergisch verhalten, zerfallen in 4 Gruppen. 1. Die zur Epidermis gehörende Gruppe, als dessen häufigste und wesentlichste Repräsentanten gelten können: Abschilferungen von Pferden, Katzenhaar und Gänsefedern, 2. die Nahrungsmittelgruppe, 3. die Pollengruppe, 4. die Bakteriengruppe. Die ersten drei Gruppen sind allgemein anerkannt; die Untersuchungen über die Bakteriengruppe sind noch nicht abgeschlossen. Verf. hat in 103 Fällen 195 Reaktionen mit Autovakzine ausgestellt; 38 mal war die Reaktion positiv, darunter handelte es sich 18 mal um B. coli. Sehr viel geringer war die Zahl der positiven Reaktionen bei Anwendung von käuflicher Vakzine.

O. T. FREER.

31) **G. Ritter** (Berlin). **Ueber Ethmoidaliskopfschmerz und seine Heilung durch Neurotomie des Nervus ethmoidalis anterior.** *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 23. S. 540. 1920.*

Verf. weist darauf hin, dass bei Ethmoidaliskopfschmerz nicht unbedingt eine rhinoskopisch nachweisbare Störung vorhanden sein muss. Er beschreibt zwei bzw. drei von ihm operierte Fälle. In den ersten beiden Fällen waren Verwachsungen nach einer Septumoperation der Ausgangspunkt des Kopfschmerzes. Die Neurotomie in dem einen Falle auf der einen Seite, im anderen Falle doppelseitig, brachte Heilung. Im dritten Falle handelte es sich um schwerste Migräneanfälle einer Diabetikerin, die stets bei den Menses und ausserdem in der Zwischenzeit alle 4—5 Tage mit Flimmerskotom ohne okularen Befund auftraten. Nasenkorrekturen hatten keinen nachhaltigen Erfolg. Neurotomie des linken Ethmoidalis beseitigten nicht sofort die Anfälle. Schliesslich jedoch blieben nur noch die Anfälle bei der Periode übrig. Verf. geht genauer auf die Symptome und die Diagnosestellung ein und schildert die Operation. Infolgedessen kommt er zu dem Schluss: Beim Ethmodialiskopfschmerz handelt es sich um eine deutlich abgrenzbare, exakt nachzuweisende Form, für die wir ein sicheres Heilmittel haben.

R. HOFFMANN.

32) **Franke** (Berlin). **Ueber Wachstum und Verbildung des Kiefers und der Nasenscheidewand auf Grund vergleichender Kiefermessungen und experimenteller Untersuchungen über Knochenwachstum.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 10. S. 187—390.*

Der Monographie liegt ein Untersuchungsmaterial zu Grunde, wie es quantitativ und qualitativ bisher wohl kaum in ähnlicher Weise zur Verwendung gekommen ist. Dabei zeugen die Untersuchungen des Verf. von einer aussergewöhnlichen Sorgfalt und Genauigkeit, es darf daher die Abhandlung wohl mit Recht zu den grundlegenden Arbeiten gezählt werden, die dieses Thema behandeln. Aus dem überaus vielseitigen Inhalte auch nur das Wichtigste hier wiedergeben zu

wollen, würde den Rahmen dieser Zeitschrift weit überschreiten, wir müssen uns darauf beschränken, durch Angabe der Disposition und einiger praktisch uns wichtig erscheinender Untersuchungsergebnisse den Leser zu veranlassen zum Original zu greifen. Jeder Rhinologe und Zahnarzt, die sich interessieren für die täglich ihnen gegenübertretenden Verbildungen im Gebiete der Nase und des Kiefers, aber auch der Chirurg und Interne, der Pädiater sowie der Anatom und Embryologe werden das Buch mit hohem Genuss und Nutzen lesen.

In einem 1. Teile, betitelt Wachstum und Entwicklung des normalen Kiefers und Gaumens, bespricht Verf. eingehend die älteren Methoden der Kiefermessung und ihre Fehler, um dann sein neues Verfahren mittels des von ihm konstruierten orthogonalen Projektionszeichenapparates zu beschreiben. Daran schliesst sich eine eingehende Schilderung des Wachstums des normalen Unter- und Oberkiefers und Gaumens, ferner über den Einfluss der Zähne auf die Kieferentwicklung mit speziellen Untersuchungen über die Bildung des fötalen Kiefers, über Zahngrösse und Kiefergrösse und eine vergleichend anatomische Untersuchung über Zahnbewegungen und Wachstum des Fuchskiefers.

Im 2. Teil — Wachstum und Entstehung des deformen Kiefers, Gaumens und Septums — geht Verf. auf Grund seiner Kiefermessungen näher ein auf die Wachstumsveränderungen des deformen Kiefers, Gaumens und Septums, und weist z. B. an Hand von 28 genau untersuchten Nasen von Föten und Neugeborenen nach, dass die letztere Anomalie bereits im fötalen Leben entstehen muss, ungemein häufig sich findet bei und ausgeht von einem relativ, oder absolut überschüssigen Wachstum des knorpeligen Septums, beruhend auf allgemeinen und phylogenetischen Wachstumsvorgängen.

Ein weiterer 3. Teil erörtert die verschiedenen Theorien über die Verbildung des Septums. Es wir der Beweis erbracht, dass weder Asymmetrien des Schädels, noch Muscheldruck oder Hypertrophie des Jakobsonschen Organs, ebensowenig die traumatische Aetiologie eine Erklärung für das Zustandekommen genannter Anomalie ergeben. In gleicher Weise finden die Theorien über die Verbiegungen des Kiefers ihre eingehende Würdigung. Was die Beziehungen des Hirnschädels zum Wachstum des Kiefers anbelangt, so ist nach den vom Verf. durchgeführten Messungen das Verhältnis der Breite des Schädelgrundes zum Oberkiefer kein konstantes, ebensowenig hat die Ausdehnung der Schädelkapsel einen Einfluss auf die Schädelbasis, was durch Untersuchung von 27 Hydrozephalen nachgewiesen wird. Untersuchung von Schädeln aus dem Tierreiche legen nahe eher das Gegenteil anzunehmen: Abhängigkeit des Gehirnschädels von der Kieferentwicklung.

In eingehender Weise bespricht dann F. auch die Beziehungen des Gehirns zu den Verbildungen des Kiefers, indem er vor allem Stellung nimmt zu der Hypothese von Danziger, nach der die Kieferverbildungen Folge von Schädelformitäten sind und, da der Schädel sich dem Gehirn anpasse, indirekt auf einer Hirnanomalie beruhen. Bezüglich des Einflusses der Rachitis auf die Kieferdeformität verweist F. auf seine eigenen genauen Untersuchungen an frischen anatomischen Präparaten und rachitisch veränderten Skeletteilen; sie beweisen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen rachitischer Erweichung und

Deformation des Kiefers nicht besteht, indirekt aber die Rachitis einen gewissen Einfluss auf die Kieferentwicklung haben kann, indem sie in Form der allgemeinen Ernährungsstörung zu einer Wachstumshemmung des Gesichtskelettes führen kann.

Den von Sandmann, Körner, Schech, Engel, Bloch u. a. aufgestellten Hypothesen gegenüber, dass die Mundatmung die Ursache der Kieferverbildung sei und der weiche Kiefer zusammengedrückt werde, führt Verf. seine genauen Messungen und Vergleichungen an, die ergeben, dass es sich garnicht um eine Knickung handelt, auch gibt es exzessive Kieferverbildungen bei nachgewiesenermassen freier Nasenatmung. Gegenüber der von verschiedenen Autoren vertretenen Ansicht, als ob die Entstehung der Kieferdeformitäten Folgen mangelhafter Nasenatmung sei, verweist F. auf seine früher ausgeführten experimentellen Untersuchungen, welche den Beweis erbracht haben, dass die Grössenunterschiede sowohl der Nasen- als der Nebenhöhlen nicht zusammenhängen mit dem Unterschied des Luftdruckes, sondern für die Ausbildung der Nebenhöhlen Rassenunterschiede massgebend sind. Die Atmungsfunktion spielt beim Aufbau des Gesichtsskelettes keine formbildende Rolle, daher können auch Kiefer-Gaumen- und Nasenverbildungen nicht infolge mangelhafter Nasenatmung entstehen, es ist vielmehr die Funktion der Kaumuskulatur, welche für die Bildung der Nase und ihrer Nebenhöhlen ausschlaggebend ist.

Im 4. Teile — die Lehre vom Knochenwachstum und die Kiefergestaltung — werden die tropischen Wirkungen funktioneller und anderer Reize auf das Knochenwachstum besonders des Kiefers behandelt und darauf hingewiesen, dass neben dem tropisch-funktionellen Reiz auch noch durch andere Einflüsse das Knochenwachstum gefördert oder gehemmt wird, so vor allem durch die Innensekretion verschiedener Drüsen (Geschlechtsdrüsen, Hypophyse). Anschliessend tritt dann F. noch auf die Frage ein, ob die Kieferdeformation ein Degenerationszeichen sei, zeigt doch die Untersuchung der Schädel untergegangener oder noch lebender unzivilisierter Volksstämme, dass bei ihnen Septumverbiegungen fast nie vorkommen. Die Untersuchungen vom Verf. sprechen dagegen, es sind die Kiefermissbildungen vielmehr eine Folge von Hemmungen im Knochenwachstum und der Gaumenhochstand sowohl wie der vorspringende Oberkiefer Folge einer mangelhaften Entwicklung, während die Septumverbiegungen infolge Hypoplasie des Gesichtsschädels und fortschreitender Entwicklung der Gehirnkapsel entstehen. Es besteht also eine Disharmonie im Wachstum des Schädels und der Gesichtsknochen, und zwar ist es die Verschiedenheit der embryologisch differenzierten Gewebe, welche zu diesen Veränderungen führt — Schädelgrund und Knochenseptum hervorgegangen aus dem knorpeligen Primordialkranium; Oberkiefer, Vomer, Stirnbein als Deck- und Belegknochen aus Hautgebilden; Unterkiefer aus dem Mekelschen Knorpel; Zähne rein epitheliale Bildungen —, diese verschiedenen Gewebe haben auch verschiedene Wachstumsenergie. Die Konflikte zwischen der sich fortentwickelnden Hirnkapsel und den zur Degeneration neigenden Kiefer- und Gesichtsknochen spielen sich auf der Grenze dieser zwei Knochengebiete ab, daher die Anomalien im Gebiete vor allem des Septums, entstanden schon im Embryonalleben, unabhängig von äusseren Einflüssen.

Im letzten Abschnitte bringt Verf. endlich seine Ansicht über **Wachstum, Regeneration und Transplantation des Knochens und ihre Anwendung auf die Behandlung der Kieferbrüche** vor. Die Arbeit enthält eine grosse Zahl Abbildungen und Tabellen. Verf. hat es verstanden, mit einer bewunderungswerten Ausdauer und Geschick sein Material zu sammeln und zu verarbeiten, das Buch verdient als Resultat jahrelanger mühevoller Forschungen und Untersuchungen weiteste Verbreitung.

SCHLITTLER.

33) **K. M. Menzel** (Wien). **Ueber endonasale Zelluloidplastik.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1467. 1921.*

Der Autor legt nach der Septumresektion ein dünnes sterilisiertes Zelluloidplättchen von der Grösse des resezierten Knorpel-Knochenstückes zwischen die Schleimhautblätter. Es heilt sogar ein bei einseitiger wie doppelseitiger Perforation der Schleimhaut. Er vermeidet so nicht nur das Flattern der Schleimhaut nach der Operation, sondern auch die Dauerperforation und schafft eine feste Stütze für den Nasenrücken. 18 Operationsgeschichten. Gutes Resultat. In einem weiteren Fall stützte er den Nasenflügel bei Ansaugungsbeschwerden durch eine Zelloideinlage mit Erfolg.

G. BOENNIGHAUS JUN.

34) **Halle. Operativer Schluss von Perforationen der Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1311. 1921.*

Bei gewöhnlichen Risswunden der Schleimhaut, wie sie bei submukösen Septumresektionen vorkommen, ist die Technick einfach. H. benützt eine von ihm angegebene Nadel, die einer flachen chirurgischen Nadel entspricht, welche an einem in gleicher Ebene verlaufenden Stiel befestigt ist, die Spitze zum Stiel hin gebogen. Die Nadel wird mit einem Seidenfaden, seltener mit Katgut armiert, welcher vorn nur 3—4 cm herauskommt. Sie wird durch den Riss hindurch geführt und durchbohrt die Schleimhaut von innen etwa $^1/_4$ bis $^1/_2$ cm vom Rande entfernt, ob oberen oder unteren Rand, ist gleichgültig. Der vorn kurz heraussehende Faden wird mit einer Pinzette oder einem Häkchen gefasst und aus der Nase herausgezogen. Sodann geht die Nadel zurück und wird bei eingefädelt bleibendem Faden durch den entgegengesetzten Wundrand an entsprechender Stelle wie zuvor geführt. Dann wird mit der Pinzette der kurze Teil des Fadens herausgezogen, und die Nadel ist entfädelt. Je nach der Länge des Risses werden 2 oder mehr Nadeln gelegt und immer 2 zusammengehörige Fadenenden an eine Klammer gelegt. Zum Schluss werden die Fäden geknotet, wobei man an Stelle der Finger zum Tieferleiten des Knotens eine Pinzette von Bajonettform benutzt, während das eine Ende des Fadens in der Hand gehalten wird. Man kann auch beide Enden des Fadens festhalten und nach dem Schlingen des Knotens diesen mit dem Knotenschliesser in die Tiefe führen.

Schwieriger ist der Verschluss einer lochartigen Perforation. Von diesen sind die unangenehmsten die, welche nach einer submukösen Septumresektion entstanden sind, weil die Schleimhautblätter oft scharf getrennt werden müssen. Das Verfahren bei lochartigen Perforationen ist folgendes: Nach sorgfältiger Anästhesie und reichlichem Gebrauch von Suprarenin Umkreisung der Perforation durch einen Schnitt parallel dem Rande 5 mm von ihm entfernt in der unteren Hälfte. Von

den beiden Endpunkten dieses Schnittes wird ein Schnitt bis an den oberen Rand der Perforation vorn und hinten geführt, und der so entstandene untere Schleimhautlappen durch Einkerbungen in mehrere Teile zerlegt, von denen der am weitesten rückwärts gelegene gänzlich weggeschnitten wird, während die anderen vorsichtig bis zum Rande der Perforation abgelöst und nach der anderen Seite umgebogen werden. Schliesslich wird ein grosser Bogenschnitt durch die Septumschleimhaut geführt, der vom vorderen oberen Rande der Perforation anfangend erst nach vorn zum Nasenrücken gezogen wird und dann in grossem Bogen je nach der Grösse der Perforation nach oben und dann nach hinten verläuft. Nach vorsichtiger Ablösung von Knorpel und Knochen wird dieser Lappen vorhangförmig nach abwärts verlagert und mit 2—3 Nähten festgenäht. Er deckt jetzt die Perforation völlig; der durch die Verlagerung entstandene kleine sichelförmige Defekt bedeckt sich schnell mit Epithel. H. glaubt, dass seine Methode vorteilhafter ist, als die von Yankauer angegebene, und empfiehlt sie zur Nachprüfung. Hüten muss man sich vor Zerreissungen der Schleimhaut und möglichst vor Verletzung der Arteria naso-palatina Scarpae. A. SONNTAG.

35) **G. Hofer. Die einfache Dissision des Septums bei der transseptalen Operation.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1289. 1921.*

In 5 Fällen Westscher Tränensackoperation bei sehr enger Nase durchtrennte H. mit einem leicht bogenförmigen nach vorn konvexen Schnitt, der knapp hinter dem Naseneingang ziemlich hoch hinaufreichend bis zum Nasenboden herab angelegt wurde, das Septum vollständig ohne jede Schleimhautablösung. In den linearen Spalt führte er ein schmales Killiansches Spekulum ein, mit dem er die Oeffnung so weit dehnte, dass ein normales Spekulum eingeführt werden konnte, durch welches die laterale Nasenwand bequem besichtigt werden konnte, so dass die Westsche Tränensackoperation gut auszuführen war. Nach der Operation wurde das Septum leicht in seine Normalstellung zurückgebracht, die Schnittränder genau adaptiert, und für 3 Tage tamponiert. Resultat in allen Fällen gut, 14 Tage nach dem Eingriff Heilung per primam, keine Schädigung des Septums. Der intakte Knorpel wirkt nach H. wie eine Schiene, er gestattet infolge seiner Elastizität sowohl die Dehnung der Schnittöffnung als auch nach der Reposition die völlige Adaption, und ermöglicht so eine Heilung ohne Naht. A. SONNTAG.

36) **Filippo Auriti. Adenom von Schilddrüsenstruktur am Nasenseptum. (Adenoma a struttura tiroidea del setto nasale.)** *Arch. Ital. di Lar. H. 4. 1921.*

28 jähriger Mann, seit 6 Jahren bemerkt er erschwerte Nasenatmung rechts, die allmählich immer stärker wurde; bisweilen geringes Nasenbluten. Man findet rechts am vorderen Teil des Septums eine nussgrosse blassrote Geschwulst mit höckriger Oberfläche; hier und da sieht man dunkle Flecke, herrührend von parenchymatösen Blutungen, die Konsistenz des Tumors ist knorpelhart. Es wurde Diagnose auf Chondro-Fibrom gestellt. Die histologische Untersuchung des mit der Schere abgetragenen Tumors ergibt das charakteristische Bild von Strumagewebe mit Hohlräumen und Kanälen, die angefüllt sind mit Kolloidsubstanz. Die wiederholte und eingehendste Untersuchung der Schilddrüsenregion ergibt nichts Anomales.

CALAMIDA.

37) **Hugo Neumann. Ueber die Häufigkeit der Septumdifformitäten im Kindesalter und zur Aetiologie der Leisten und Verbiegungen der Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1498. 1921.*

Die Entwicklung der Difformität lässt sich in fliessenden Uebergängen von der Geburt an verfolgen; die Difformität entwickelt sich allmählich bis zum Abschluss des Knochenwachstums. Schon in der fötalen Anlage ist die Difformitätsform bedingt, zeigt sich nicht selten bereits in den ersten Lebensmonaten und betrifft vom 11. Jahre ab alle Menschen. Leiste und Schiefstand sind als ursprüngliche, Verbiegung als Folgeveränderung anzusprechen. Aetiologisch kommen primär physiologische Faktoren, sekundär lediglich verstärkend in einer gewissen Zahl von Fällen das akute Trauma in Betracht.

F. KOBRAK

38) **Geo D. Wolf. Ein modifiziertes Septumspekulum. (A modified septum speculum.)** *The Laryngoscope. Nov. 1921.*

Der Vorteil des Instrumentes (Aug. E. Fraass & Co., 1261, Broadway New York City) besteht darin, dass jede Branche des Spekulums gesondert eingeführt werden kann, wodurch die Gefahr der Perforation verringert wird. Liegen beide Branchen richtig, so werden sie durch eine Querstange verbunden und können nun auseinandergespreizt werden.

O. T. FREER

39) **E. Kellner. Beitrag zur Frage der operativen Verengung der Ozänanase durch die Lautenschläger-Hallesche Operation.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1402. 1921.*

Bericht über 6 Fälle, bei denen die Hallesche Modifikation der Lautenschlägerschen Operation ausgeführt wurde (2 mal beiderseitig, 4 mal einseitig). In allen Fällen grösserer oder geringerer günstiger Einfluss auf die Ozänasymptome, doch bei den meisten Fällen nach 6 Monaten nicht völliges Verschwinden der Krustenbildung, in einem Falle „trotz wesentlicher Annäherung der lateralen Nasenwand an das Septum von 1,75 auf 0,5 und trotz frisch und lebhaft rot aussehender Schleimhaut nach 6 Monaten Krusten und charakteristischer Fötor".

A. SONNTAG.

40) **Bruno Griessmann. Zur konservativen Behandlung der Ozäna.** Hufelandsche Ges. zu Berlin, Sitzung vom 25. Dez. 1920. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 29. S. 814. 1921.*

Bei der Ozäna ist sorgfältig nach Herderkrankungen zu suchen. Solche Eiterherde verraten sich meist durch einen umschriebenen Bezirk hypertrophischer Schleimhaut. Zur symptomatischen Behandlung der Borken und des Fötors wurden die Versuche mit Verdauungsfermenten fortgesetzt. Neben Pepsinborsäure wurde auch Trypsin (Trypsin 5,0, Natr. carbonic. 0,25, Sacch. lact. 20,0) mit Erfolg angewandt. Das Pulver wurde aufgeschnupft und Spülflüssigkeit zugesetzt. Die Lösung lässt man in Form eines Nasenbades 10—15 Minuten lang einwirken. Nach dem Bade wird das Naseninnere mit einer Pepsin- oder Trypsinsalbe eingefettet (Pepsin 5,0, Acid. boric. 5,0, Acid. carbolin 0,5, Vaselin 50,0).

R. HOFFMANN.

41) **K. M. Menzel. Ozänabehandlung mit Hoferscher polyvalenter Vakzine.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jhrg. 55. S. 892.*

12 einwandfreie Fälle von Ozäna genau nach den Vorschriften Hofers behandelt, 1 geheilt, 1 gebessert, die übrigen unverändert. SCHLITTLER.

42) **Goerke. Operative Therapie der Ozäna.** Med. Sektion der schles. Ges. für vaterländ. Kultur zu Breslau, Sitzung v. 10. Dez. 1920. *Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 19. S. 491. 1921.*

Von den in letzter Zeit angegebenen Methoden ist die nach Halle als die einfachste und sicherste den anderen (Lautenschläger und Hinsberg), die durch Eröffnung der Kieferhöhle unnötig kompliziert erscheinen, vorzuziehen. Demonstration von 3 Fällen. R. HOFFMANN.

43) **Filippo Auriti. Eine einfache Methode der Abschälung der unteren Muscheln mit dem Elektrokauter. (Un metodo semplice di decorticazione del turbinato inferiore con l'elettro-cauterio.)** *Arch. Ital. di Lar. H. 4. 1921.*

Mit dem galvanokaustischen Messer wird zuerst eine bis auf den Knochen gehende Furche vom hinteren Ende der Muschel längs deren oberen Teils bis zum vorderen Ende gezogen, eine zweite wird längs des unteren Randes der Muschel gezogen. Beide Furchen treffen sich am vorderen und hinteren Muschelende, sie greifen also ein langes Oval zwischen sich. Die in diesem Oval einbegriffene Schleimhaut wird nekrotisch und wird nach einigen Tagen leicht mit einer Pinzette entfernt. CALAMIDA.

44) **William B. Chamberlain. Die endonasale Tränensackoperation. (The endonasal operation of the lacrimal sac.)** *Annals of Otol., Rhin. and Lar. September 1921.*

Verf. gibt eine Beschreibung der Westschen Operation und der anatomischen Verhältnisse (Abbildung). Seine Resultate mit der Operation waren gute. In manchen Fällen war es auch nach Wiederherstellung des Tränenabflusses möglich, durch Drücken kleine Spuren Eiter aus dem Tränenpunkt herauszupressen; in solchen Fällen würde eine Kataraktoperation wegen der Infektionsgefahr unmöglich sein. FREUDENTHAL.

45) **H. Sievert** und **R. Gumpertz** (Mannheim). **Perorale Dakryozystorhinostomie nach Kutvirt.** *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 67. S. 588. 1921.*

Operation nach breiter Ablösung der Lippen- und Nasenweichteile und Eröffnung des knöchern Ductus naso-lacrymalis.

Von grosser Wichtigkeit für das Gelingen ist eine exakt ausgeführte Lokalanästhesie; alle Injektionen müssen subperiostal ausgeführt werden; endonasal wird durch die laterale Nasenwand in der Höhe der mittleren Muschel injiziert. Das Nähere ist aus der Originalarbeit zu ersehen. Die Autoren haben die Operation bisher in 26 Fällen ausgeführt, davon waren 12 einfache Ektasien. Letztere sind alle geheilt und rezidivfrei. In einem Fall bestand ein altes Kieferhöhlempyem, das nach Denker operiert wurde.

Gegenüber der Totischen und der West-Polyakschen Methode hat die von Kutvirt den Vorteil, dass keine äussere Narbe geschaffen wird und dass sie ein viel übersichtlicheres Arbeitsfeld schafft.

Die Indikationen sind dieselben wie für die anderen Methoden; ausserdem aber eignen sich auch Fälle mit geschlitzten Tränenröhrchen dazu. Ozäna ist keine Kontraindikation.

DREYFUSS.

46) **Lange** (Göttingen). **Ergebnisse von Tränensackoperationen nach Toti.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. S. 1557. 1921.*

L. berichtet über die Ergebnisse von 29 Operationen nach Toti, nachdem ein Jahr seit der Operation verflossen. In 23 Fällen ist Heilung im Sinne einer vollständigen Wiederherstellung des Tränenabflusses eingetreten. Die übrigen Fälle, in denen kein freier Abfluss der Tränen erreicht wurde, sind mehr oder minder beschwerdefrei. Die Operation hat hier wie die Entfernung des Tränensackes gewirkt. Nur wenige Fälle sind nicht gebessert. Die Operation ist technisch leichter als die nach Polyak-West. Irgendwelche Entstellung durch die Hautnarbe trat nicht ein. Auch sonst sind keine Nachteile zu bemerken gewesen. Einzelheiten siehe im Original.

R. HOFFMANN.

47) **Richard L. Sutton** (Kansas City). **Eine klinische Studie über Karzinom der Nase. (A clinical study of carcinoma of the nose.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 12. Nov. 1921.*

Verf. hat in einer Serie von annähernd 1000 Fällen von Karzinom des Kopfes und Gesichtes in mehr als 25 pCt. die äussere Nase allein befallen gefunden. Von den 50 Fällen, die für diesen Bericht ausgewählt wurden, betrafen 42 (84 pCt.) Männer; am häufigsten — in 28 Fällen — war die Nasenspitze Sitz der Erkrankung, die Nasenwurzel nur einmal und zwar im Anschluss an eine Dermoidzyste.

FREUDENTHAL.

48) **Specht** (Kiel). **Ueber einen Fall von konkomitierendem Schleimhautkarzinom bei Xeroderma pigmentosum.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 108. S. 218.*

Der Pat. stammt aus einer Familie, in der sieben von acht Brüdern an Xeroderma leiden. Bei ihm ist die ganze Kopfhaut ausgedehnt ergriffen. In der Nase fand sich ein als Basalzellenkrebs anzusprechender Tumor, Siebbein und Kieferhöhle waren ebenfalls von Tumormassen eingenommen. Da eine Radikaloperation nicht möglich, wurde energisch mit Radium bestrahlt und Besserung erzielt.

KOTZ.

49) **Dunbar Roy. Fall von intranasalem Karzinom, durch Exzision und Radium geheilt. (Case of intranasal epithelioma, cured by excision and radium.** *Annals of Otol., Rhin. and Lar. Sept. 1921.*

In der linken Nase war eine kleine Geschwulst am vorderen Ende der unteren Muschel; sie hatte die Grösse einer Bohne und machte den Eindruck eines Papilloms. Mikroskopische Untersuchung ergab: Basalzellenepitheliom. Pat. wurde dann einer Radiumbehandlung unterworfen. Kein Rezidiv seit 19 Monaten.

FREUDENTHAL.

50) **Brüggemann. Karzinom der rechten mittleren Muschel.** Med. Ges. Bochum, Sitzung vom 27. Juli 1921. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. S. 14.. 1921.*

Sehr malignes kleinzelliges Karzinom am vorderen Ende. Häufiges Nasenbluten. Operation bis ins Siebbein hinein. Kieferhöhlen frei. Tod.

R. HOFFMANN.

51) **Gustav Hofer. Ueber die Wirkung postoperativer prophylaktischer Dauerbestrahlungen beim Karzinom der Nasenhöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1289. 1921.*

H. führt an, dass Fälle von Nasenkarzinom sowohl bei operativer Behandlung als auch bei Strahlentherapie mittels Radium und Röntgen eine schlechte Prognose geben. Dauerresultate sind bisher nicht bekannt.

Von dieser Voraussetzung ausgehend hat H. 5 Fälle von Nasenkarzinom vorerst radikal operiert und wenige Tage nach der Operation mit exzessiven Radiumdosen bis zu 7 tägiger kontinuierlicher Bestrahlung mit einem Radiumpräparat von 26 mg behandelt.

Bedrohliche Symptome traten in keinem der Fälle ein, nur in zwei Fällen stärkere entzündliche Alterationen der Haut im inneren Augenwinkel und der Nase, die in einem Fall vorübergehend waren, im anderen Fall dauernde Rötung zurückliessen.

Da Hofers Fälle durch diese Art der Behandlung rezidivfrei blieben, hält der Autor einerseits in solchen Fällen die Behandlung für gerechtfertigt, da er jedoch diese Bestrahlung für das Maximum hält, befürwortet er andererseits die Anwendung geringerer Strahlenmengen.

O. HIRSCH.

52) **Vogel** (Marburg a. L.). **Zur Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. S. 958. 1921.*

Zur Erkennung von Kieferhöhlenerkrankungen ist die Röntgenaufnahme nicht unbedingt notwendig, da dieselben durch die Probepunktion fast immer mit Sicherheit festgestellt werden können. Die Röntgenaufnahme kann sogar zu Trugschlüssen führen, wie ein von V. beobachteter Fall illustriert. In demselben ergab die Röntgenaufnahme eine nicht verschleierte Kieferhöhle, die Probepunktion dicken, stinkenden Eiter. Bei der Operation war der Knochen der Fossa canina auffallend dünn, die Höhle mit Eiter und stark polypös verdickter Schleimhaut ausgefüllt (offenbar eine katarrhalisch-ödematöse Entzündung der Kieferhöhle mit sekundärer eitriger Infektion, bei der die Röntgenaufnahme noch dazu bei dünnem Knochen gelegentlich eine Verschleierung vermissen lassen kann. Referent).

R. HOFFMANN.

53) **E. Wessely. Die Luftdruckverhältnisse in den Nebenhöhlen der Nase.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 55. H. 12. S. 1730—1746. 1921.*

Um experimentelle Beweise für die Möglichkeit der Infektion der Neberhöhlen von der Nase aus zu erbringen, hat W. sich mit der Frage der Ventilation der Nebenhöhlen beschäftigt. Er hat in der Hajeksohen Klinik in exakter Weise vergleichende gleichzeitige Messungen und Registrierungen des Druckes in Nase und Kieferhöhle (Lichtwitznadel, Hg- und Wassermanometer) bei verschiedenen Phasen und Arten der Atmung, beim in- und exspiratorischen Räuspern, Schneuzen, Niesen, Husten usw. vorgenommen und teilt die Ergebnisse unter Beifügung von 13 Kurvenbeispielen mit. 1. Die inspiratorisschen Drucksenkungen in der Nase stimmen mit den von Mink gefundenen Werten von 3—4 bzw. 6—8 mm Wasser überein. 2. Die vergleichende Druckschreibung zeigt, dass die Druckschwankungen in der Nase und Kieferhöhle beim Atmen, Schneuzen usw. parallel gehen und ohne

nennenswerte Phasenverschiebung einander entsprechen. 3. Bei ruhiger Atmung ist der Unterschied zwischen dem Druck der Kiefer- und Nasenhöhle fast null. Bei besonderen Atmungsformen wird er umso grösser, je schneller die Druckschwankung in der Nase (z. B. beim Schneuzen) abläuft. 4. Die Druckdifferenzen in Kieferhöhle und Nase stimmen mit den pneumatographisch in der Trachea gefundenen Werten anderer Autoren überein (Nase 265 mm Hg, Kieferhöhle 126 mm Hg). 5. Die Druckdifferenzen in den Nebenhöhlen bewirken einen hin- und hergehenden Strom von Luft in und aus den Nebenhöhlen bei der Atmung, beim Schneuzen usw. Der Druck erreicht beim Schneuzen grosse Werte bis $^1/_6$ Atmosphäre. Die Nebenhöhlen sind daher gut ventiliert und durch Staub- oder infektiöse Beimengungen der Luft (Tröpfcheninfektion) kann also eine Infektion der Höhlen erfolgen. Nach operativer Erweiterung der Nebenhöhlenmündungen werden die respiratorischen Druckschwankungen in der Kieferhöhle so gross wie in der Nase selbst. 6. Die Druckschwankungen wirken wesentlich bei der Bildung der Nebenhöhlen, bei der Pneumatisation des Gesichtschädels mit. 7. Eine aspirierende Wirkung der Druckschwankungen auf Sekret in den Nebenhöhlen ist möglich, spielt aber, wie sich an mit Kollargol gefüllten Höhlen röntgenologisch feststellen lässt, keine Rolle gegenüber der viel ausgiebigeren Wirkung der Schwerkraft (Vornüberneigen des Kopfes).

KNICK.

54) **F. Genz** (Wien). **Ueber Galvanopalpation der Nebenhöhlen der Nase.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 55. S. 812.*

Verf. hat die von Kahane beschriebene Galvanohyperästhesie derjenigen Hautpartien, welche entzündlich veränderte Organe bedecken, zu verwerten gesucht zwecks Nachweis entzündlicher Erkrankung der Nebenhöhlen der Nase. Das Resultat der an 30 Fällen von Nebenhöhlenerkrankung durchgeführten Galvanopalpation ist aber nicht derart, dass dieser Methode wirklich eine Bedeutung zukommt in der Diagnose genannter Erkrankungsformen.

SCHLITTLER.

55) **George E. Pfahler. Röntgenographische Studie über die Nebenhöhlen mit besonderer Berücksichtigung einer neuen Technik für die Untersuchung der Keilbeinhöhle. (The roentgenographic study of the accessory sinuses with special reference to the new technic for the examination of the sphenoid sinuses.)** *Annals of Otol., Rhin. and Lar. Juni 1921.*

Das Wichtigste in den Ausführungen des Verf. ist seine Beschreibung der Röntgenaufnahme der Keilbeinhöhle, die er so macht, dass er einen besonderen Film in die Mundhöhle legt, indem er ihn nach hinten fest gegen die Rachenwand drückt; der Film ist viereckig und an dem Ende, das gegen die Rachenwand gelegt wird, gewölbt. Verf. gibt eine genaue Schilderung der von ihm angewandten Technik.

FREUDENTHAL.

56) **Hermann Tschebull** (Innsbruck). **Eine neue Darstellung der Nebenhöhlen.** Aus dem Zentralröntgeninstitut des allg. Krankenhauses in Innsbruck. *Fortschritte auf d. Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. 28. H. 3. 1921.*

Während die Rhinologen gewöhnlich die Nasennebenhöhlen nach den Scheierschen Angaben im Röntgenbilde betrachten (symmetrische Projektion, Führung des Zentralstrahls in postero-anteriorer Richtung. Der Zentralstrahl trifft

in der Gegend der Protuberantia occipitalis externa in den Schädel ein und an der Nasenwurzel aus, während der Kopf mit Stirn und Nase auf der Platte liegt), verwendet Verf. eine neue Art der Kieferhöhlendarstellung. — Patient liegt in Bauchlage, Arme sind in Ellbogen gebeugt, Hände vor der Brust verschränkt. Mund maximal geöffnet und durch Einbiss auf einen Holzspatel in dieser Stellung fixiert. — Der Kopf liegt mit Kinn und Nase der Platte derart an, dass die Medianebene des Schädels einen nach beiden Seiten hin offenen Winkel von genau 90° bildet. Die oberen Schneidezäne werden auf die Plattenmitte eingestellt. Der Zentralstrahl tritt am Scheitel ein, verläuft senkrecht zur Tischebene und bildet mit der Platte einen kranialwärts offenen Winkel von 60°. —

Die gute Darstellung der Kieferhöhlen verdankt das Bild dem Verlaufe des Zentrahlstrahles, der Projektion und der Plattennähe des Objekts, indem die massivsten Teile des knöchernen Schädels weit aus dem Bereich der Kieferhöhlen herausprojiziert werden und die Kieferhöhlen in ihrem grössten Durchmesser getroffen werden. — Die Stirnhöhlen erscheinen über den Augenhöhlen als gelappte Aufhellungen, die Keilbeinhöhlen kommen durch die maximale Oeffnung des Mundwinkels innerhalb des Bogens der oberen Zahnreihe zur Darstellung als scharfbegrenzte Aufhellungen in Deckung mit dem harten Gaumen. — Die Siebbeinzellen werden nicht dargestellt (im Gegensatz zu den Aufnahmen nach Scheier, bei denen allerdings das Keilbein nicht hervortritt!).

SOBERNHEIM.

57) J. Weleminsky. **Zur Aetiologie der Kopfschmerzen bei akuten Nebenhöhlenempyemen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 12. S. 1723 ff. 1921.*

Die akuten Nebenhöhlenempyeme verursachen neben den konstanten, lokalisierbaren Schmerzen (Periostschmerzen der befallenen Höhle) auch häufig Kopfschmerzen mit neuralgiformem Charakter, Schmerzen zu gewissen Tageszeiten und Stirnhöhlenkopfschmerz, auch wenn die Stirnhöhle selbst scheinbar gesund ist. Während Killian diese Erscheinung damit erklärt, dass die Stirnhöhlenschleimhaut in diesen Fällen doch mitbeteiligt sei, und Hartmann auf dem Standpunkt steht, dass die Schmerzen durch Verlegung des Ausführungsganges bedingt sind, erklärt Verf. die Schmerzen durch Mitbeteiligung der mittleren Muschel. Er nimmt neben einer Zirkulationsstörung in derselben an, dass der in der mittleren Muschel laufende Nerv. nasalis post. sup. seine Endausbreitung in der Stirnhöhlenschleimhaut hat und so durch Reizung der Muschel ein Stirnhöhlenkopfschmerz bedingt werden kann. Er begründet und erläutert seine Ansicht an der Hand von mehreren Krankengeschichten und Behandlungsergebnissen, so z. B. dass durch ausgedehnte Skarifikation der mittleren Muschel oder Abtragen der Schleimhaut des vorderen mittleren Muschelkopfes wie auch durch Injektion von 0,5 ccm Novokain-Adrenalin in das hintere Ende der mittleren Muschel der Stirnhöhlenkopfschmerz sofort aufhörte.

H. DAHMANN.

58) W. V. Mullin. **Die Nasennebenhöhlen als ätiologischer Faktor bei Bronchiektase. (The accessory sinuses as an etiologic factor in bronchiectasis.)** *Annals of Otol., Rhin. and Lar. Sept. 1921.*

Verf. behauptet, dass die Mehrzahl der Fälle von Bronchiektase mit Nasen-

störungen und Husten in der Kindheit beginnen, dass die vorgeschrittenen Fälle Pansinusitis haben, dass die Bakterien im Sputum und dem Nebenhöhleneiter dieselben sind, dass ein guter Teil der Fälle keine klinischen Symptome einer Nebenhöhlenerkrankung aufweist, besonders wenn die Highmorshöhlen betroffen sind. Verf. berichtet aus einer Serie von 14 Fällen ausführlich über 2 Fälle. Viele dieser Fälle wurden anfangs irrtümlich für Lungentuberkulose angesehen; bei hartnäckiger Bronchitis, besonders im Kindesalter, ist eine sorgfältige Nebenhöhlenuntersuchung notwendig. Ist erst ausgesprochene Bronchiektase vorhanden, so braucht die Nebenhöhlenbehandlung keine Heilung mehr. FREUDENTHAL.

59) **K. Tschiassny** (ehemal. Kriegsspital Meidling). **Vorgetäuschte Zweiteilung der Kieferhöhle. (Ein Beitrag zur Wertung der Probeausspülung.)** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 12. S. 1705 ff. 1921.*

Das eigenartige Ergebnis, dass bei Spülung der gleichen Kieferhöhle an verschiedenen Punktionsstellen sich verschiedene Resultate ergeben, sowie Röntgenaufnahme mit Wismutbrei, lassen an Zweiteilung der Kieferhöhle denken. Die Operation bringt jedoch Klärung. Es handelt sich um eine Kieferhöhle, die durch eigenartige Lage von Polypen so geteilt ist, dass die Punktionsnadel — wenn sie weiter hinten eingestochen wird — in einen mit stinkendem Eiter angefüllten Raum gleitet, während der vor den Polypen gelegene Teil der Kieferhöhle nur wenig schleimig-eitriges Sekret zeigt. H. DAHMANN.

60) **A. Lautenschläger** (Berlin). **Zur Technik der Kieferhöhlenpunktion.** *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 10. S. 233. 1921.*

L. nimmt die diagnostische Kieferhöhlenspülung mit warmer steriler physiologischer Kochsalzlösung vor, wie das wohl allgemein üblich ist (Referent). Zur Herstellung und Aufbewahrung der benutzten Flüssigkeit dient ein Apparat, der sich in seinem Bau eng an die bekannten Wassersterilisatoren von Fritsch und Starke anschliesst. Zur Punktion bedient er sich des Körnerschen Troikars. Die Bedenken L.'s gegen die der diagnostischen Spülung vorangehende Probeausblasung der Höhle kann Referent auf Grund einer fast 30jährigen Erfahrung nicht teilen. Die Probeausblasung dient dem Nachweis seröser Exsudate und wenn man sich an die bekannten Vorschriften über die Lage der Nadel usw. hält, wird auch kaum etwas passieren. Der Probeausblasung muss immer die Ausspülung folgen, da nur durch diese spärliche Sekrete (katarrhalisch-ödematöse Entzündungen) festgestellt werden können. Letzteres entspricht auch der Ansicht von L.

R. HOFFMANN.

61) **Harry L. Baum. Eine neue Methode und ein neues Instrument für die Endoskopie der Highmorshöhle. (A new method and a new instrument for endoscopic examination of the maxillary antrum.)** *Laryngoscope. Dez. 1921*

Das Instrument besteht aus einer Kanüle von ungefähr 4 mm innerem Durchmesser und 9 cm Länge mit einem starken, sehr scharfen Troikart, der in die Kanüle so passt, dass sie zusammen ein Instrument bilden; an die Kanüle ist rechtwinklig ein leichter aber fester Handgriff befestigt. Nach Entfernung des Troikarts kann ein Holmessches Nasopharyngoskop, das aus einer Umformung des weiblichen Zystoskops entstanden ist, in die Höhle eingeführt werden. Die Ein-

führung des Instrumentes geschieht durch die Fossa canina in Lokalanästhesie; sie kann auch vom unteren Nasengang aus gemacht werden, bietet aber nach der ersteren Methode grössere Vorteile.

O. T. FREER.

62) **Ross Hall Skillern. Aspergillusmykose der Kieferhöhle. (Aspergilles of the maxillary sinus.)** *Laryngoscope. Dez. 1921.*

In einem Falle, der alle klinischen Anzeichen eines Higmorshöhlenempyems bot, kam bei der Probepunktion zuerst die Spülflüssigkeit nicht heraus; erst nach wiederholtem Einlaufenlassen der Flüssigkeit kamen käsige Massen mit heraus; nach wiederholten, zu verschiedenen Zeiten vorgenommenen Spülungen der Höhle war schliesslich die Spülflüssigkeit klar.

Die mikroskopische Untersuchung des käsigen Materials ergab Aspergillus, wahrscheinlich von der Species fumigatus.

O. T. FREER.

63) **Fr. Hanszel** (Wien). **Ostitis fibrosa Recklinghausen einer Oberkieferhöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1244ff. 1921.*

Ein Fall, bei dem nach Skarlatina allmählich im Bereich des linken Oberkiefers eine harte Schwellung aufgetreten war. Pat. kommt 1913 nur aus kosmetischen Gründen zum Verf. Harnbefund und Wassermann negativ. Operation ergibt Verdickung der fazialen Kieferhöhlenwand durch krümelige Knochenmassen, die mit dem scharfen Löffel abgetragen werden. Mikroskopischer Befund: spongiöses Knochengewebe mit fibröser Markumwandlung ohne entzündliche Veränderung, vereinzelt kleine Nekrosen (Ostitis fibrosa Recklinghausen). In achtjähriger Beobachtungszeit 5 mal wegen Rezidivierung der knöchernen Neubildung Operation. Bei jedem Eingriff zeigt sich, dass der Knochen härter wird, bis 1918 der apponierte Knochen elfenbeinhart ist. Verf. geht dann noch kurz auf die Hyperostose, die Leontiasis ossea und Ostitis deformans Paget ein.

H. DAHMANN.

64) **Schlesinger. Endotheliom der rechten Kieferhöhle und des rechten Siebbeins.** Verein der Aerzte Wiesbadens, Sitzung vom 17. Sept. 1919. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 8. S. 186. 1921.*

Das Endotheliom ging von der rechten Kieferhöhle aus und hatte das rechte Siebbein in ganzer Ausdehnung durchwachsen. Die Natur der Erkrankung konnte erst bei der Denkerschen Operation erkannt werden und nach histologischer Feststellung wurde die Mouresche Operation vorgenommen. Seit einem Jahr rezidivfrei.

R. HOFFMANN.

65) **R. Feuchtinger. Beitrag zur Pathologie, Diagnostik und Therapie der Kieferzysten.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1081. 1921.*

Beschreibung eines Falles von radikulärer Kieferzyste mit 2 sehr instruktiven Röntgenbildern, die neben der die Kieferhöhle fast ganz füllenden Zyste deutlich den Luftgehalt der ersteren sowie ihre normalen Umrisse erkennen lassen. Der sehr stark ausgeprägte Gerbersche Wulst hat die untere Muschel nahezu in eine horizontale Ebene gehoben und eine Septumdeviation bewirkt. Operation in der üblichen Weise von der Mundhöhle aus mit breiter Fensterung nach der Nase ohne Resektion der unteren Muschel. Sekundäre submuköse Septumresektion. Im Gegensatz zu Mayrhofer betont F., dass die grundsätzliche Unterscheidung eines

seitlichen und unteren Gerberschen Wulstes unnötig ist, da beide nur von graduellen Unterschieden der Zystenentwickelung und ihrer Abkunft von den verschiedenen Zähnen abhängig sind. MINNIGERODE.

66) **Wertheim. Kieferhöhlenoperation.** Breslauer chir. Ges., Sitzung v. 12. Juli 1920. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 8. S. 183. 1921.*

Nach einer Kieferhöhlenoperation nach Luc-Caldwell blieb in der sonst durch Primärnaht an der fazialen Wand des Oberkiefers gutgeheilten Mundschleimhaut eine jeder Behandlung trotzende Fistel zurück. Nach breiter Freilegung der Fistel musste eine in einen kleinen Knochendefekt heraufreichende, schon makroskopisch nicht ganz intakte Zahnwurzelspitze reseziert werden, was zu raschem und dauerndem Verschluss der Fistel führte. R. HOFFMANN.

67) **Birkholz** (Halle). **Das Denkersche Verfahren der Radikaloperation chronischer Kieferhöhlenempyeme als Methode der Wahl zur Operation von den Sinus maxillaris verdrängenden Kieferzysten (antralen Zysten) mit Berücksichtigung der Hystologie der Zahnwurzelzysten.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 106 S. 224.*

Unter Oberkieferzyste ist „eine von den Zähnen bzw. ihrer Anlage ausgehende intraossale, mit Epithel ausgekleidete, also echte Zyste zu verstehen". Die Trennung in follikuläre und periodontale Zahnzysten ist praktisch unwesentlich. Es werden die früher angegebenen, jetzt mehr oder minder verlassenen Operationsverfahren erörtert. Von den modernen Methoden sind zu unterscheiden: 1. die stomatologischen, vor allem die nach Partsch, welche sich darauf gründet, dass die Zyste mit Mundepithel ausgekleidet ist und deshalb eine Verwachsung zwischen beiden Hohlraumauskleidungen anstrebt. 2. Die endonasalen, die nur ein sehr beschränktes Anwendungsgebiet finden. 3. Die permaxillaren. An erster Stelle steht hier die Denkersche Operation. Sie ist unbedingt anzuwenden bei allen Zysten, die irgend einen Zusammenhang mit der Kieferhöhle aufweisen und eignet sich auch sehr als Nachoperation bei schlecht gelungenem Partsch. Die Differentialdiagnose zwischen Zyste und Kieferhöhlenempyem macht oft Schwierigkeiten. Weder Probespülungen noch Röntgenbilder (auch mit Kontrastbrei) führen sicher zum Ziel. Bösartige Neubildungen sind von Zysten auf der Röntgenplatte meist dadurch unterscheidbar, dass die Zystengrenze scharf erscheint, die des Tumors verwaschen. Es werden die Krankengeschichten und histologischen Befunde einiger instruktiver Fälle angeführt. KOTZ.

68) **Hirsch** (Stuttgart). **Die Therapie der chronischen Kieferhöhleneiterungen.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 107. S. 272.*

Spülungen sollen nur von der Nase aus und hier wiederum nur vom mittleren Nasengang aus erfolgen. H_2O_2 ist als Spülflüssigkeit zu vermeiden wegen der Luftemboliegefahr, ebenso das nachträgliche Durchblasen von Luft. Verfasser lehnt für die operative Eröffnung alle endonasalen Methoden ab, und gibt von den extranasalen der Denkerschen den unbedingten Vorzug. Er vermeidet nach Möglichkeit die Verkleinerung der unteren Muschel und pflegt bei der Plastik nicht einen, sondern zwei Lappen zu bilden. Eine Entstellung auch bei beider-

seitigem Denker sah er nie, rät aber bei jugendlichen Personen zur Vorsicht. Zur Lokalästhesie (Leitungsanästhesie des Nervus maxillaris im Foramen rotundum) verwendet er $^1/_3$ proz. Novokainlösung mit einem Zusatz von 4 pCt. Kal. sulfur.

KOTZ.

69) **Schüller. Das Röntgenogramm der Stirnhöhle — ein Hilfsmittel für die Identitätsbestimmung von Schädeln.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 11. S. 1617. 1921.*

Auf Grund der sehr grossen Unterschiede in der Ausbildung der Stirnhöhlen sowohl im Breiten-, Höhen- wie Tiefendurchmesser bei den verschiedenen Individuen hält Verf. das Röntgenbild der Stirnhöhlen (Aufnahme in okzipito-frontaler Richtung) in der forensischen Medizin und zu anthropometrischen Zwecken für sehr geeignet. Unter Berücksichtigung der Veränderungen der Stirnhöhlen 1. im Entwicklungs- und Rückbildungsalter und 2. nach Erkrankungen der verschiedensten Arten, wie z. B. Entzündungen (Empyem, Tuberkulose, Lues), Mukokele, Pneumosinus dilatans (von Benjamins kürzlich beschrieben), Hyperostosen, usw., ist man beim Vergleich des Stirnhöhlenröntgenbildes mit einem früher aufgenommenen in der Lage die Identifizierung eines Individuums zuverlässlich vorzunehmen.

VOELGER.

70) **A. Heindl. Beiträge zur Therapie der Stirnhöhlenerkrankungen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1256. 1921.*

Verf. teilt seine Erfahrungen bei Behandlung der Stirnhöhleneiterungen mit. Die akuten Entzündungen heilen in weitaus den meisten Fällen spontan aus. Bei Anwendung antiphlogistischer Massnahmen, Kopflichtbädern, Schwitzprozeduren usw. gehen die Entzündungserscheinungen bald zurück; nur vorsichtige Applikation von Kokain-Adrenalin ist u. U. erforderlich, um auch die Schleimhaut in der Umgebung des Ausführungsganges zum Abschwellen zu bringen. Sondierungen und Ausspülungen der akut entzündeten Stirnhöhle sind im allgemeinen kontraindiziert; erhebliche Verschlimmerung der Entzündung oder Uebergang in eine chronische Eiterung sind nicht selten die Folge. Bei den chronischen Stirnhöhleneiterungen sollte man Sondierungen und Ausspülungen nur vornehmen insoweit sie unerlässlich sind und dann auch nur von geübter Hand. Verf. macht an zwei Beispielen auf die Bedeutung der Lues für den Verlauf der Stirnhöhleneiterung aufmerksam. Er warnt vor dem Gebrauch des Galvanokauters. Gefahrdrohende Komplikationen sowohl bei akuter als auch chronischer Eiterung können noch rückgängig gemacht werden durch endonasale Eingriffe an der mittleren Muschel und dem Siebbein; dadurch sind nicht selten alle den Abfluss behindernden Schwellungen aus dem Wege zu räumen. Eine Nachkur im Gebirge zur guten Durchlüftung der Nebenhöhlen befördert die Heilung. Viele Fälle von chronischen Stirnhöhleneiterungen, bei denen noch keine schweren Komplikationen aufgetreten sind, lassen sich durch intranasale Behandlung, vor allem durch die Hallesche Operation zur Ausheilung bringen. Grosse entstellende Operationen von aussen können auf diese Weise vermieden werden. Die externen Methoden haben bisher nicht immer befriedigende Resultate gezeigt. Vor allem hat die Killiansche Radikaloperation, was Dauerresultate anbelangt, häufig versagt. Wegen der

schlechten Erfahrungen mit dieser Operation führte H. bei den „gefährlichen Stirnhöhlen“ (Boenninghaus), ferner bei allen gefährlichen Komplikationen oder bei vitaler Indikation der Operation von vornherein die Riedelsche Operation aus.

BRUEGGEMANN.

71) **L. Ostrom. Siebbeinoperationen — im Latenzstadium — mit tödlichem Ausgang. (Ethmoid operations — during the latent stage — followed by death.)** *Annals of Otol., Rhin. and Lar. Juni 1921.*

Verf. berichtet über drei Todesfälle nach einfacher Kurettage des Siebbeins. Im ersten Fall wurde bei einem Pat., der vier bis sechs Wochen vorher einen Eisenbahnunfall gehabt hatte und seitdem über Rückenschmerzen klagte, eine Siebbeinkurettage gemacht. Tod nach 5 Tagen. Autopsie zeigte Gehirn, Meningen und die Nachbarschaft des Siebbeins völlig normal, die Operation war tadellos ausgeführt. Dagegen enthielt der Wirbelkanal vom zweiten Hals- bis zweiten Brustwirbel eine grosse Menge Eiter. Es handelte sich um eine — vielleicht durch den Eisenbahnunfall hervorgerufene — Pachymeningitis des Epiduralraums; eine akute Exazerbation war eingetreten infolge bakterieller Metastasen durch die Blutgefässe nach der Operation.

Im zweiten Fall ging Pat. an einer Streptokokkensepsis zugrunde, im dritten Fall erfolgte Exitus 5 Tage nach der Operation infolge akuter Pachymeningitis.

FREUDENTHAL.

72) **Bruno Goldschmidt-Osmund. Ueber die Beeinflussung migräneartiger Zustände vom Keilbein aus.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 34. S. 286.*

Verf. schildert ein Krankheitsbild — Kopfschmerzen, häufige Nackensteifigkeit, Flimmern, Lichtscheu, Uebelkeit und Herzbeklemmung, zuweilen auch Kreuzschmerzen und Hüftweh —, das sich bei akuter und chronischer Erkrankung des Keilbeins zeigte. Die Untersuchung geschah mittels Sonde und direkter Inspektion. Daran schloss sich Betupfung der vorderen Keilbeinhöhlenwand mit 20proz. Kokain, wonach die Stirnkopfschmerzen verschwanden, dann Betupfung der hinteren Wand, worauf alle anderen Beschwerden aufhörten. Häufig fanden sich dabei am Keilbein Elfenbeinhärte und -glätte oder deutliche Rauhigkeit, besonders in der Umgebung des Ostium sphenoidale. Diese Härte und Glätte ist vielleicht physiologisch bei der sehr dünnen Beschaffenheit der Keilbeinmukosa, vielleicht aber auf frühere sklerotische Prozesse zurückzuführen (wütende Hinterkopfschmerzen bei vielen Infektionskrankheiten). Die Schmerzen sind durch die Lagebeziehungen vieler Nerven zum Keilbein zu erklären. Die Kokainwirkung erfolgt entweder direkt oder auf dem Umweg über das Zentralorgan, bzw. über das Ganglion sphenopalatinum. Die geschilderte Keilbeinerkrankung findet sich auch in allen Fällen von Lues, die mit Hinterkopfschmerzen verbunden sind. Auch hier war ein- oder mehrmalige Kokainpinselung erfolgreich. Sonst schloss sich Aetzung mit Acid. trichloracet. oder Entfernung der vorderen und Aetzung der hinteren Wand an. Auch bei Mittelohrerkrankungen mit Schmerzen hinter dem Ohr und Schwindel leistet die Keilbeinkokainisierung gute Dienste für die Differentialdiagnose und eventuell für die Therapie. Oft genügte schon einmalige Reizunterbrechung, um die Beschwerden für immer verschwinden zu lassen.

BRADT.

73) **Harry Pollock** (Chicago). **Pulsierende Spheneiditis. (Pulsating sphenoiditis.)** *Annals of Otol., Rhin. and Lar. Sept. 1921.*

Verf. hat einige Fälle von Keilbeinhöhlenerkrankung beobachtet, bei welchen Pulsation in der Höhle zu konstatieren war; das Phänomen wurde gesteigert, wenn man die Jugulares komprimierte. Führte man nach Eröffnung der Höhle eine lange Sonde in sie ein, so konnte man nach Kompression der Jugulares die Pulsation an dem aus der Nase herausragenden Teil der Sonde beobachten. Verf. erklärt dies so: Es besteht in diesen Fällen eine nekrotisierende Ostitis, durch welche ein Teil der Knochenwand zerstört wird, oder es bestehen angeborene Dehiszenzen, auf diese Weise kann die Pulsation von den Karotiden durch den Sinus cavernosus auf die Keilbeinhöhle übertragen werden. Das zugrunde liegende ätiologische Moment ist Lues und es muss oft sorgfältig nach ihr geforscht werden; in den Fällen des Verf. ergab die Anamnese keinen Anhalt für Syphilis. Die Behandlung ist in erster Linie eine chirurgische, d. h. die Oeffnung muss hinreichend erweitert werden, damit der Eiter Abfluss hat; ferner muss eine energische antiluetische Kur eingeleitet werden. FREUDENTHAL.

74) **Brüggemann. Seltenere Komplikationen der Nasennebenhöhlenerkrankung.** Med. Ges. zu Bochum, Sitzung vom 15. Dez. 1920. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. S. 402. 1921.*

B. weist auf die Gefahr der Luftembolie bei der Punktion der Kieferhöhlen hin und empfiehlt Probeaspiration vor der Spülung.

Bei 4 Fällen retrobulbärer Neuritis wurde Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen und des Keilbeins gefunden. Heilung in 4 Fällen nach breiter endonasaler Eröffnung von Keilbein und Siebbein. Bei Stirnhöhlenoperationen ist für die Wahl der Operationsmethode, ob endonasal oder extranasal, massgebend die soziale Stellung des Erkrankten und zweitens das Röntgenbild. Bei reichlich gefächerter Höhle ist nur die extranasale Methode zu empfehlen. R. HOFFMANN.

75) **v. Eicken. Ueber Osteomyelitis cranii.** Med. Ges. zu Giessen, Sitzung vom 20. Juli 1921. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44. S. 1347. 1921.*

Die Osteomyelitis schloss sich an eine doppelseitige Stirnhöhleneiterung an. Nach Abtragung der erkrankten Stirnhöhlenschleimhaut quoll aus der Stirnhöhlenhinterwand aus feinen Oeffnungen des Knochens hier und da Eiter hervor. Auch der Knochen des Stirnbeins zeigte sich nach Zurückschlagen der Stirnhaut nach oben in grösserer Ausdehnung entzündlich verändert.

Bei dem Pat. wurde die Galea von der einen Ohrmuschel bis zur anderen quer über dem Kopf hinüber gespalten, die Lamina externa in einer 1 cm breiten Furche abgemeisselt und in dem ganzen Abschnitt auch die Diploe bis auf die Lamina interna entfernt. Stillung der Blutung durch Einpressen von Wachs. Ein zweiter Schnitt wurde der Haargrenze an der Stirn entlang hin in die Fossae temporales hineingeführt und auch hier durch Freilegung der Lamina interna eine Demarkationslinie gesetzt. Die Stirnhaut wurde sodann in der Mittellinie bis zum Nasenrücken gespalten und türflügelförmig nach seitwärts geschlagen. Es zeigte sich, dass der osteomyelitische Prozess beide Stirnbeine durchsetzte. Rechts von der Mittellinie wurde noch ein Extraduralabszess freigelegt, in dessen Umgebung

auch die Lamina interna usuriert war. Der Dura lagen an drei Stellen nahe der Mittellinie Granulationsmassen auf. Punktion des rechten Stirnhirns negativ. Die gesamte Lamina externa und Diploe der Stirnbeine wurden abgetragen, dann die grossen Wunden durch Situationsnähte adaptiert. P. entfieberte schon am nächsten Tag, die Schmerzen nach dem Eingriff waren minimal, das Allgemeinbefinden besserte sich. Nach Abstossung einiger kleiner Sequester im Laufe der Wochen vom linken Stirnbein sind sämtliche Wunden mit Ausnahme der Wunde über der Nasenwurzel glatt verheilt.

Abszessbildungen oder Schwellungen sind am Kranium nicht wieder aufgetreten. Eine vor der Operation bestehende starke venöse Stauung am Augenhintergrund links ist nach derselben völlig zurückgegangen. Die Entlassung des Pat. steht bevor.

R. HOFFMANN.

76) **Ramdohr** (Wiesbaden). **Von den Nebenhöhlen ausgehende intrakranielle Komplikationen, Sinus cavernosus-Thrombose bei akutem Keilbeinhöhlenempyem. Meningitis der vorderen Schädelgrube mit sensiblen Jacksonschen Anfällen.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 108. S. 271.*

Verf. führt 3 interessante Fälle auf, aus denen zu ersehen ist, wie ausserordentlich schwierig die Diagnose einer isolierten Keilbeinhöhleneiterung sein kann, zumal wenn wie hier der Nasenbefund völlig negativ ist, eine Otitis media mitspielt, ein Mandelabszess angenommen werden kann und Komplikationen von Seiten der Lunge vorhanden sind. Der dritte Fall zeigt eine von einer Nebenhöhlenaffektion ausgehende zirkumskripte Meningitis mit eigentümlichen sensiblen Hirnrindenkrämpfen, die vom neurologischen Standpunkt aus eingehend erörtert werden.

KOTZ.

77) **V. Uchermann** (Kristiania). **Sinusphlebitis sinus cavernosi sine thrombo.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 55. H. 12. S. 1710—1717. 1921.*

Entsprechend seinem Bericht auf dem Internationalen medizinischen Kongress in Budapest 1909 unterscheidet U. scharf die prognostisch günstigeren Sinuserkrankungen (Sinus lateralis) bei akuten Eiterungen von denen bei chronischen Eiterungen. Unter diesen Gruppen bietet wiederum die einfache Sinusphlebitis ohne Thromben bessere Heilaussichten als die Thrombophlebitis, zumal die m. erweichenden Thromben. Zum Beweis gibt U. eine von 1891—1920 reichende Statistik seiner Klinik, deren Einzelheiten mehr otologisches Interesse haben. Diese für Prognose und Behandlung wichtige Einteilung der Sinuserkrankungen muss nach U.'s Ansicht auch für den Sinus cavernosus gelten. Zum Beweis führt er 2 Fälle an.

1. Bei einem 8jähr. Knaben, bei welchem wegen akut aufgetretener Schwellung des rechten Auges (mit Protrusio bulbi und Chemosis), die auch auf Stirn und linkes Auge übergriff, und wegen zerebraler Erscheinungen (Delirien, Bewusstlosigkeit) die Stirnhöhle und das Siebbein extranasal mit negativem Befunde eröffnet wurde, zeigte sich bei der Sektion: Keilbeinhöhlenweiterung mit Erweichung der Wände, Sinus cavernosus bluthaltig, eitrige Meningitis an der Basis und am Türkensattel, Eiter entlang dem N. ophthalm., rechts Orbitalabszess. U. hält den Fall wegen der obigen charakteristischen Symptome für eine zweifel-

lose reine Sinusphlebitis des Sinus cavernosus ohne Thrombose, kompliziert mit Orbitalabszess, doch macht das Vorhandensein des letzteren ohne Thrombophlebitis der Orbitalvenen nach Meinung des Ref. die Deutung U.'s unsicher.

2. Bei einem 22jähr. Mann trat unter Fieber, starken Kopfschmerzen, Nackenstarre und Kernig bei fast negativem Ohr- und Nasenbefund eine linksseitige Schwellung des Auges mit Protrusio und Chemosis und gleichzeitig Schmerzen in der linken Kiefergelenksgegend auf. Im Liquor cerebrospin. Druckerhöhung, polynukleäre Leukozyten, Gram + Diplokokken. Nach 4 Tagen verschwand die Schwellung am Auge, während leichte Temperatursteigerung und Genickschmerzen noch anhielten, bis endgültige Heilung eintrat.

U. hält auch diesen Fall für eine unzweifelhafte Kavernosuserkrankung wegen der typischen Augenschwellung und nimmt nach dem glücklichen Ausgang eine einfache Sinusphlebitis ohne obturierende Thrombose an. Als Ausgangspunkt schliesst er ein Ohren- oder Nasenleiden aus und vermutet wegen der Schmerzen am Kiefer eine Infektion, die von der linken Mandel durch den Plexus pterygoid. auf den Kavernosus übergegangen ist. Zuletzt gibt er der Meinung Ausdruck, dass der einzige, in der Literatur veröffentlichte Fall von geheilter (otogener) Kavernosusthrombose (Preysing) eine Meningitis serosa war.

KNICK.

78) Erich Ruttin. **Zur Klinik und Pathologie des rhinogenen Hirnabszesses.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1547. 1921.*

Schwellung des linken Oberlides, Inzision, Eiter. Schwere Neuritis mit Schwellung der Papille. Killiansche Operation, Dura zitzenförmig vorgewölbt, kein Eiter. 3. Operation wegen Kopfschmerzen, Lösen der Dura vom Periost. Stauungspapille, Erbrechen, erneute Kopfschmerzen. Operation. Erneute Freilegung der Dura, Nachweis eines zystischen Sackes mit derben Wänden. Beim Verbandwechsel Eröffnung eines Hirnabszesses, am nächsten Tage eines zweiten Abszesses nach hinten und aussen vom ersten. Atrophie des Sehnerven. Wegen Kopfschmerzen erneute Operation, kein Eiter. 6. Operation. Eröffnung einer walnussgrossen Zyste. 7. Operation wegen eintretender Bewusstlosigkeit, geringe Menge seröser Flüssigkeit (Zyste?), Exitus. Obduktion: Ausgedehnte Narbenbildung im Zerebrum, haselnussgrosse Zyste, Leptomeningen der Umgebung verdickt. Ruttin nimmt an, dass der Tod infolge von Hirndruck eingetreten ist. Pulsverlangsamung tritt nach seiner Ansicht nur dann ein, wenn der Hirndruck rasch steigt.

STREIT.

79) Linck (Königsberg). **Beitrag zur Klinik und Pathologie der Schädelbasisfrakturen durch stumpfe Gewalt.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 81. S. 265.*

An Hand von drei ausführlich beschriebenen Fällen erörtert Verf. neuerdings das Problem der mit den Nebenhöhlen in Verbindung stehenden Schädelbasisbrüche. Wie schon früher, legt er auch hier wieder dar, wie sehr es im Interesse der Pat. liegt, dass solche Verletzungen sofort in die Hand des Otorhinologen kommen. Keineswegs darf eine etwa nebenher bestehende andere Verletzung Anlass geben, dass die Schädelbasisfraktur, deren richtige Versorgung für die Erhaltung des Lebens meist weitaus am wichtigsten ist, nebensächlich betrachtet

wird. Alle drei Fälle weisen komplizierte lokale Biegungs- und Depressionsfrak-turen auf. Diese Art von Basisfrakturen scheinen ganz überwiegend häufiger vo-zukommen als die diffusen Berstungsfrakturen. Der erste Fall zeigt eine Ver-letzung des Gehörorgans, die beiden anderen solche im Bereich der Stirnhöhl bzw. des Siebbeins. Sehr wichtig für die Beurteilung ist die Verletzungsanamnes Bei Blutungen aus Nase und Mund ist immer auch an die Möglichkeit intrathora-kalen Ursprungs zu denken. Auf Sekretbefund in der Nase und Röntgenbild : kein sicherer Verlass. In dem einen Fall war röntgenologisch ein Hirnprolaps, anderen eine Pneumatozele des Stirnhirns zu erkennen. Das Zustandekommen d letzteren ist wahrscheinlich durch Saugwirkung zu erklären. Amaurose u Augenmuskellähmungen weisen sicher auf das Vorhandensein einer Basisfrakt hin. Die 3 Fälle zeigen mit voller Klarheit, dass die Behandlung nur in der op rativen Prophylaxe bestehen kann.

KOTZ

80) **Adolf Horner. Schädelverletzungen durch Karbidlampenexplosionen.** *Bru Beiträge z. klin. Chir. Bd. 124. H. 1.*

Der eine, den Rhinologen interessierende Fall, stellt eine Verletzung d Siebbeinregion und des Stirnlappens dar, die nur auf Druck der Gase oder d durch die Explosion erzeugten Luftstromes zurückzuführen ist.

Ein Fremdkörper wurde weder im Röntgenbilde noch bei Operation u Autopsie gefunden.

Während weder an der Schleimhaut noch an der äusseren Haut der Na wesentliche Spuren der Druckwirkung zu erkennen waren, bestand, der gera linigen Verlaufsrichtung des Explosionsdruckes entsprechend, eine Fraktur a Processus frontalis des Os maxillare am Os lacrimale und an der Pars nasalis d Os frontale mit deutlich von innen nach aussen zu vorgetriebenen Bruchstück Ausserdem bestanden Siebbeinzertrümmerungen und Vortreibung der Lam cribrosa nach der Schädelgrube. Die im Anschluss an die schwere Stirnhirn-schädigung sich entwickelnde Basal- und Konvexmeningitis hatte den Exitus i Gefolge.

SOBERNHEIM

81) **Brückner** und **Weingärtner. Rhino-ophthalmologische Erfahrungen b Schussverletzungen des Gesichtsschädels.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 10. S. 433 u. 5*

Die Arbeit fusst auf 300 Schussverletzungen, ausgewählt aus einem Materi von über 1000 Schussverletzungen des Gesichtsschädels, welche im Verlaufe d Krieges in die Berliner Universitätsklinik für Hals- und Nasenkranke (Pr Killian) und in die Universitätsaugenklinik (Prof. Krückmann) eingeliefe worden sind.

Die Stirnhöhle war in beinahe der Hälfte der Fälle mitverletzt, auf 4 direkte Stirnhöhlenschüsse traf es einen indirekten. Von den ersteren, d direkten Stirnhöhlenschüssen, waren 86 pCt. kombinierte Verletzungen, d. h. neb der Stirnhöhle waren auch noch andere Teile des Schädels getroffen, während n in 16 Fällen reine Stirnhöhlenschüsse vorlagen. Am gefährlichsten von den kom-binierten direkten Stirnhöhlenverletzungen sind die Stirnschüsse; Augenschüs und Stirnaugenschüsse sind weniger gefährlich, wenigstens wenn nur das Materi der Heimatlazarette berücksichtigt wird.

Bei 100 Fällen lag eine Verletzung des Siebbeines vor, 72 pCt. dieser Schussverletzungen waren direkte, die übrigen indirekte oder unbestimmte. Von den direkten sind nur 3 reine Siebbeinschüsse (Steckschüsse), die übrigen sind kombiniert mit Verletzung der Orbita, der Stirnhöhle und der Kieferhöhle.

Eine Verletzung der Lamina cribrosa konnte in 16 Fällen nachgewiesen werden, darunter waren 11 Augenschüsse mit querer Verlaufsrichtung, 4 Fälle heilten aus, 5 starben im Verlaufe der Behandlung (postoperative Meningitis und spontane Spätmeningitis).

Bei 4 Fällen von den 300 war die Keilbeinhöhle verletzt, alles waren Steckschüsse, und es erklärt sich die kleine Zahl wohl daraus, dass nur ganz wenige Ausnahmefälle ins Hinterland kommen, die meisten an der Front letal endigen.

Eine Verletzung der Kieferhöhle wiesen 100 Fälle, also $^1/_3$ aller Fälle auf. Von ihnen starben nur 2, bei denen es infolge Nebenverletzung der Stirnhöhle zu endokraniellen Komplikationen kam. Die Prognose der reinen Kieferhöhlenverletzungen ist also sehr günstig, ihre Zahl ist aber verhältnismässig klein, da sozusagen immer benachbarte Räume, vor allem Orbita, aber auch Siebbeinzellen und Stirnhöhle mitverletzt sind.

Verletzungen der Nasenhöhle mit ihren charakteristischen Folgen, den Synechien, wiesen 90 Fälle auf, 15 derselben klagten über Herabsetzung resp. Aufhebung des Geruchsinnes. Bei fast der Hälfte der 300 Fälle war die Orbita oder ihr Inhalt verletzt, vor allem Orbita-Stirnhöhlenverletzungen finden sich häufig, und es schwankt der Grad der Verletzung von der einfachen Fissur bis zur völligen Zertrümmerung.

Verhältnismässig häufig werden Geschossteile noch im Bereiche des Gesichtsschädels gefunden und es sind solche namentlich dann zu entfernen, wenn sie im Bereiche der oberen Nebenhöhlen liegen, da sie einen konstanten Reiz auf die Schleimhaut ausüben, so dass es nach monatelanger Latenz noch zu Meningitis kommen kann. Als Operationsweg empfiehlt sich in allen Fällen, wo der Verdacht einer gleichzeitigen Läsion der Schädelbasis besteht, das Vorgehen von aussen wegen der besseren Uebersichtlichkeit.

SCHLITTLER.

82) **Leo Forschner. Zur Frage der Entstehung der Choanalpolypen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1102. 1921.*

Verf. teilt 2 Fälle mit, bei denen Choanalpolypen nach Grippe endonasal abgetragen wurden, und bei denen durch die notwendigen Radikaloperationen der Kieferhöhlen die Möglichkeit gegeben war, die Polypen von ihrer Ansatzstelle am Kieferhöhlenboden an histologisch zu untersuchen. Er wendet sich gegen die Anschauung Citellis, dass die Choanalpolypen ein einfacher Kieferhöhlenschleimhautprolaps seien, bedingt durch die Ansammlung von Flüssigkeit zwischen Knochen und Periost und Ausstülpung durch das Ostium. Bei der Radikaloperation fand sich in beiden Fällen besonders die mediale Kieferhöhlenwand und der Boden der Höhlen erkrankt, auf dem der Stiel des Polypen sass. Histologisch fanden sich in der Ursprungsgegend, am Stiel und Körper des Polypen die deutlichen Zeichen der chronischen Entzündung, eine Kombination von

ödematös-serösem Katarrh und eitriger Entzündung. Klinisch handelte es sich um einen ödematösen Katarrh ohne jegliche Spuren eitriger Entzündung des Antrum. Nirgends fand sich die von Citelli angenommene Abhebung der Schleimhaut von der Unterlage. P. erklärt die Vorgänge so: Infolge der Grippeallgemeininfektion kommt es zu hochgradiger ödematöser Schwellung der Kieferhöhlenschleimhaut; ein Stück dieser geschwollenen entzündeten Schleimhaut prolabiert in die Nasenhöhle durch ein Ostium und wird dort eingeklemmt. Beim Abklingen der Infektion bildet sich die Schleimhaut der Höhle zurück, während an dem prolabierten eingeklemmten Stück die Entzündung unterhalten wird und der Polyp so weiter wächst. — Zum Schluss teilt Verf. noch 2 Fälle von Choanalpolypen mit, die folgende Besonderheiten aufweisen: 1. jugendliches Alter der Kranken (13jähriges Mädchen und $8^1/_2$jähriger Knabe), 2. sehr stark gestörtes Allgemeinbefinden ausser den Stenoseerscheinungen, 3. Grippe in der Vorgeschichte. Histologisch war der eine Polyp gebaut wie gewöhnliche Nasenpolypen, der andere war eine Zyste. Beide wurden nur endonasal operiert und die Kieferhöhlen nicht eröffnet.

M. MEYER.

83) **Gherardo Ferreri** (Rom). **Ueber den wahren Ursprung der Nasenrachenfibrome.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1068. 1921.*

Die meisten Autoren sind der Ansicht, dass der Ausgangspunkt der Nasenrachenfibrome das Periost der Schädelbasis ist. Ueber den Sitz sind aber die Meinungen sehr geteilt. Die einen halten die Rachenwand für den ursprünglichen Sitz, die anderen die Nasenwand. Fibrome kommen an beiden Stellen vor, Verf. meint aber, dass die histologisch wohl charakterisierten, mit einer sehr gefässhaltigen Kapsel umgebenen eigentlichen Nasenrachenfibrome alle vom Periost der Schädelbasis ausgehen, während die gemischten fibromatösen Neubildungen (Angiofibrome, Myxofibrome, Fibroendotheliome) von allen anderen Stellen der Nase und des Rachens auch ausgehen können. Für die Entstehung der eigentlichen Nasenrachenfibrome macht er Anomalien in der Entwicklung und Funktion des Systems der Hypophyse, z. B. Vorhandensein einer Rachenhypophyse, verantwortlich. Als Vermittler zwischen diesen Anomalien des Hypophysensystems und der Entstehung der Nasenrachenfibrome nimmt P. die Rachentonsille an; die chromophilen Zellen dieser Mandel sollen ihre Sekretionstätigkeit vermehren und so das Periost des Rachendachs reizen und zur Bildung der Tumoren anregen. Die echten Nasenrachenfibrome sind charakterisiert durch ihre gutartige Entwicklung und ihr spontanes Verschwinden. Sie führen durch einfache mechanische Wirkungen zu Störungen. Pathologisch anatomisch bestehen sie aus einem Kern von gleichartiger Struktur, die den Bau des Periostes nachahmt, und sind von einer sehr gefässreichen Hülle, die von der Aponeurose des Recessus sphenooccipitalis herrührt, umgeben. Die starken Blutungen rühren aus den Kapselgefässen, da der Tumor selbst nur spärlich Gefässe enthält. Die Therapie sei möglichst konservativ, die Operationen möglichst wenig radikal. Gegebenenfalls lässt sich der Tumor in toto leicht ausschälen. Methoden werden angegeben. Die Pseudofibrome der Choanen verlaufen stürmischer, neigen zu Rezidiven und zu maligner Entartung; sie dringen häufig gegen das Gesicht vor und machen

schwere Erscheinungen, da sie überall eindringen. Ein definitiver Heilerfolg ist deshalb bei diesen, histologisch als Angio-, Myxofibrome, Fibroendotheliome erscheinenden Geschwülsten, selbst bei sehr eingreifender Operation schwer zu erzielen. Die nicht so häufigen grossen Blutungen entstehen bei den Pseudorachenfibromen durch Verletzung gesunden Gewebes. P. empfiehlt zur genaueren Feststellung des Sitzes das Röntgenverfahren. Er teilt dann die Protokolle von vier einschlägigen Fällen mit und gibt die Röntgenbilder dazu. M. MEYER.

84) **Otto Fleischmann. Zur physiologischen Bedeutung des adenoiden Gewebes.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. S. 925. 1921.*

F. sieht die physiologische Bedeutung des adenoiden Gewebes in der Absonderung leicht oxydabler Substanzen. Es befriedigt dadurch das Oxydationsbedürfnis des durch die Mund- und Nasenhöhle streichenden Sauerstoffs und schützt auf diese Weise die Gewebe vor seinen schädlichen Einwirkungen.

R. HOFFMANN.

85) **Valtan Oddone. Experimenteller Beitrag zum funktionellen Studium der adenoiden Vegetationen. (Contributo sperimentale allo studio funzionale delle vegetazioni adenoidi.)** *Morgagni. 31. August 1921.*

Die Versuche des Verf. bestanden darin, dass er eine bestimmte Quantität eines Extraktes von frisch durch Operation gewonnenen Adenoiden, die 24 Stunden hindurch mit sterilem Wasser gewaschen waren, Kaninchen injizierte. Es wurde 1 ccm des Extraktes alle zwei Tage in die Ohrrandvene des Tieres injiziert. Das Gewicht nahm rapide ab; nach 6 Injektionen waren ferner erhebliche Veränderungen des Blutbildes zu konstatieren, auch traten Diarrhoen auf. Bei einem anderen Versuchstier wurde der arterielle Blutdruck gemessen und es zeigte sich, dass kurz nach der Injektion eine Gefässhypertension vorhanden war, auf welche bald eine Hypotension folgte, während die Herzkontraktionen verstärkt wurden. Liess man auf das freigelegte und aus dem Perikard hervorgezogene Froschherz einige Tropfen des Extraktes fallen, so waren ausgesprochene spastische Erscheinungen zu beobachten. Verf. gibt selbst zu, dass seine Versuche noch zu gering an Zahl sind, um hinreichende Schlussfolgerungen zu gestatten. FINDER.

86a) **Z. Wein** (Budapest). **Beiträge zur Adenotomie.** *Orvosi Hetilap. Nr. 47. 1920.*

W. operiert unter Kontrolle des Auges, indem er die Nase kokainisiert und durch das Nasenspekulum die Arbeit des Auges kontrolliert. Bei Gebrauch der grösseren Ringmesser bleiben stets laterale Rückstände zurück, welche nachträglich mit kleineren Kuretten entfernt werden. Verf. fand als Ursache dieses Umstandes eine rippenartige mediale Leiste, welche als Fortsetzung der hinteren Kante des Septum sich auf das Rachendach zieht und bis zur hinteren Rachenwand fühlbar ist und auf diese Weise das Rachendach in zwei symmetrische laterale Gruben teilt. Zur Benennung schlägt er die Ausdrücke „Crista pharyngis“ und „Fossae paramedianae pharyngis“ vor. POLYAK.

86b) **T. Liebermann** (Budapest). **Ueber Adenotomie. Bemerkungen zu obigem Artikel.** *Orvosi Hetilap. Nr. 49. 1920.*

Die Kenntnis der von Wein beschriebenen Konfigurationen des Nasenrachen-

raumes ist wissenschaftlich wichtig und hat auch seine praktische Bedeutung, der Vorschlag aber, unter Kontrolle des Auges zu operieren, ist nicht zweckmässig, einesteils weil das Operationsgebiet durch die vordere Rhinoskopie nur unvollständig übersichtlich ist und andererseits, weil bei dieser Methode ein wichtiges Moment, das starke Vorwärtsbücken des Kopfes wegfällt. Verf. appliziert nach der typischen Adenotomie noch kleine Ringmesser, welche er seitwärts in die Fossa paramedianae einführt.

POLYAK

87) **Braun. Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper des Nasenrachens.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 990. 1921.*

Bei einem Stich durch die Wange mit einem Bleistift war das vordere Ende abgebrochen und im Nasenrachenraum zwischen den beiden Tubenmündungen stecken geblieben. Die äussere Wunde war nach kurz dauernden akuten Erscheinungen geheilt und der Fremdkörper dann 8 Jahre lang ohne Beschwerden an seinem Platz gelegen. Die Diagnose machte Schwierigkeiten; die Extraktion gelang vom Munde aus mittels einer Fasszange, ohne wesentliche Verletzungen.

KOTZ

88) **L. Isacson** (Berlin). **Ein neues Schnupfenmittel.** *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 48. S. 1414. 1921.*

30 z. T. sehr hartnäckige Fälle von Schnupfen und eitriger Rhinitis wurden aufs schnellste geheilt durch eine Lenigallolsalbe (Lenigallol 0,6, Zinc. oxydat. 2,0, Vaselin. ad 10). Die Salbe wird mittels eines kleinen Wattebausches so tief als möglich in die Nase eingeführt und in dieser mindestens 2—3 Stunden belassen. Nach 2—3maliger Applikation werden die Luftwege frei, die Sekretion hört auf und der Katarrh ist beseitigt. In letzter Zeit hat Verf. das Mittel mit noch grösserem Erfolge als Pulver verwendet (Lenigallol 1,0, Zinc. oxydat. 2, Amyl. 5,0, Sacch. lact. ad 20,0). Die günstige Wirkung des Lenigallols ist nach Verf. so zu erklären, dass bei Berührung desselben mit der serösdurchtränkten Schleimhaut eine Abspaltung von Essigsäure und Pyrogallussäure eintritt, wodurch eine Trockenlegung der nässenden Fläche erfolgt.

R. HOFFMANN

89) **J. Fein** (Wien). **Ein Ansatzröhrchen für rückläufige Nasenspülungen.** *Zeitschrift f. Lar. Bd. 10. S. 499.*

Das gerade Röhrchen trägt am distalen Ende eine Metallkapsel, in deren Boden 4 schief laufende Kanäle sich befinden, so dass das Spritzwasser eine rückläufige Bewegung bekommt. Bezugsquelle Instrumentenfabrik H. Reiner, Wien.

SCHLITTLER

c) Mundrachenhöhle.

90) **v. Skramlik. Ueber die Lokalisation der Geschmacksempfindungen.** Med. Ges. zu Freiburg, Sitzung v. 12. Juli 1921. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. S. 1414. 1921.*

Die Versuche zur Bestimmung des Lokalisationsvermögens auf dem Geschmacksfeld der Zunge wurden so vorgenommen, dass man gleichzeitig zwei Stellen mit Lösungen von Vertretern der vier Komponenten — bitter, salzig, sauer und süss — bepinselte und aussagen liess, welche Qualitäten an den getroffenen

Stellen empfunden wurden. Die Befähigung zur Lokalisation ist nicht von vornherein vorhanden, sondern muss erst erworben werden. Man kann ganz allgemein sagen, dass eine Lokalisation der Geschmacksempfindungen möglich; die Raumschwellen für den Geschmack liegen aber höher als für das Getast. Die Sicherheit der Unterscheidungsfähigkeit ist weniger von der Zahl als von der Beschaffenheit der Papillen anhängig, die nicht nur individuell verschieden angeordnet sind, sondern auch bei der gleichen Person an symmetrischen Stellen in verschiedener Zahl und Bildung vorkommen. Bei der Untersuchung gelangte auch Wettstreit zur Beobachtung, der sich darin äusserte, dass der stärkere Reiz den schwächeren völlig auszulöschen vermag, und zwar auch dann, wenn der letztere weit über der Schwelle liegt. Eine Lokalisation der Geschmacksempfindungen ist auch möglich, wenn an zwei Stellen verschieden starke Lösungen der gleichen Qualität dargeboten werden. Man stösst dabei auf gewisse konstante Fehler, in dem Sinne, dass die objektiv stärkere Lösung nicht in allen Fällen richtig lokalisiert wird, dass vielmehr die Beurteilung ihrer Lage vom Individuum, der Oertlichkeit und der Stärke der Konzentrationsunterschiede von mannigfacher Weise abhängt. — Im Anschluss daran soll noch hervorgehoben werden, dass auch eine Lokalisation der Temperaturempfindungen möglich ist. Eine Lokalisation der Rechts- und Linkseindrücke ist beim Geruch zumeist unmöglich.

R. HOFFMANN.

91) **Felix Pielsticker** (Essen). **Die akute infektiöse stomatogene Hepatose.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. S. 289. 1921.*

P. beobachtete Ende Juni 1920 in Essen Fälle, die unter erheblichem allgemeinen Krankheitsgefühl und lokalen Brust- und Bauchschmerzen im wesentlichen eine offenbar akut entstandene Lebervergrösserung bei subikterischer Färbung der äusseren Bedeckungen darboten. Dann liess sich fast ohne Ausnahme der Befund einer Zahnfleischentzündung erheben, so dass der Zusammenhang der Lebererkrankung und der Stomatitis geradezu sich aufdrängte. In etwa 14 Tagen, seltener nach längerer Zeit, war die Lebervergrösserung zurückgegangen, nur die Stomatitis forderte meist noch längere Behandlung. Alle Erkrankungen gingen in Genesung über. Bilirubin fehlte fast ausnahmslos im Harn, dagegen liess sich regelmässig Urobilin bzw. Urobilinogen in krankhaft vermehrter Menge in demselben nachweisen. Die Farbe des Stuhls blieb stets normal.

Die schnelle und, soweit er es beurteilen konnte, vollständige Restitutio ad integrum scheint P. gegen die entzündliche Natur des Leberleidens zu sprechen, er nimmt eine primäre unmittelbare degenerative Erkrankung des Parenchyms der Leber an. Die Ursache der Erkrankung ist wohl eine Infektion. Die ätiologische Gingivitis zeigte alle Uebergänge vom schmutzig katarrhalischen bis zum ulzerösen Typus. Da, wo sie fehlte, handelte es sich entweder um Kinder oder um Erwachsene mit tadellosem Gebiss oder um Leute mit sorgfältiger Mundpflege. In einigen Fällen fand sich eine lakunäre oder Plaut-Vincentsche Angina. In der Plautschen Spirillose ist der Erreger der Hepatose zu vermuten.

Die Zahl der Erkrankungen vermehrte sich im Juli, erreichte Ende Juli bis Anfang August ihren Höhepunkt und fiel dann bis Anfang September steil ab. Die Krankheit befiel wahllos beide Geschlechter jedes Lebensalters — nur bei

Säuglingen wurde sie nicht gesehen —, Angehörige aller Stände und der verschiedensten Berufe.

R. HOFFMANN.

92) **Lewandowsky. Pemphigus der Mundschleimhaut und äusseren Haut.** Med. Ges. zu Basel, Sitzung vom 2. Dez. 1920. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. S. 316. 1921.*

Demonstration eines Falles, der durch Salvarsan und Silbersalvarsan klinisch geheilt wurde.

R. HOFFMANN.

93) **Klestadt** (Breslau). **Der lymphangitische Gaumenabszess der oberen Frontzähne und seine Folgen.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. S. 1554. 1921.*

Durch Infektion von oberen Frontzähnen, mit Vorliebe dem seitlichen Schneidezahn, können typische Abszesse ohne unmittelbaren Zusammenhang mit dem Krankheitsherd entstehen. Sie sind lymphangitischer Natur. Ihr Durchbruch kann bei der bekannten Derbheit der Gaumenschleimhaut durch Einschmelzung des Knochens in die Nase, bei Bestehen eines Recessus palatinus in die Kieferhöhle, wie in einer Beobachtung von K., erfolgen.

R. HOFFMANN.

94) **Johann Fein. Beinhartes Infiltrat des Gaumens mit Spontanheilung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1063. 1921.*

Mitteilung eines seltenen Falles von knorpelhartem, blassrotem, glänzendem Infiltrat bei einem 45jährigen kräftigen Manne, das den Eindruck eines Tumors macht, aber nach 9 Jahren unter Bildung zarter, weisslicher Narben spontan geheilt ist.

Nach der Anamnese (Halsdrüseneiterung in der Kindheit, vor 1 Jahr Pleuritis), der histologischen Untersuchung (Rundzelleninfiltration mit vereinzelten Riesenzellen vom Langhansschen Typ), dem Ergebnis der Tuberkulinimpfung (starke Stichreaktion, geringe Herdreaktion) und dem Verlauf (Chronizität, Spontanheilung, Beschaffenheit der Narben) wird ätiologisch Tuberkulose angenommen und in ähnlichen Fällen Vorsicht in der Diagnose- und Prognosestellung empfohlen.

BRADT.

95) **Frau Ruth Boss. Zyste des Ductus thyreoglossus.** Breslauer chir. Ges., Sitzung vom 12. Juli 1920. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 8. S. 185. 1921.*

Bei dem 48jährigen Patienten bestand seit 27 Jahren eine Geschwulst in der Mittellinie seines Halses. Keine Beschwerden. Bei der Operation (30. April 1920) zeigte sich im Laufe der Isolierung der Zyste, dass diese nicht, wie man angenommen hatte, mit der Glandula thyreoidea zusammenhing, sondern unabhängig von ihr zwischen Incisura thyr. und Zungenbein lag und nach oben sich in einen Gang fortsetzte, der in den Rachen führte. Ein Ductus lingualis war bei Sondieren des Foramen coecum der Zunge nicht nachweisbar gewesen. Nach Abtragung von Zyste und Gang Heilung nach 8 Tagen. Der histologische Befund bestätigte die während der Operation gewonnene Ansicht, dass es sich um eine Zyste des Ductus thyreoglossus handelt.

R. HOFFMANN.

96) **Franz Peterer. Ueber Glioma linguae.** Aus dem pathol. Institut Basel. *Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 26. S. 214. 1921.*

6 Wochen altes Mädchen hatte bei der Geburt bereits eine taubeneigrosse

abgerundete, glatte, blasse Geschwulst unter der rechten Zungenhälfte, die in die Zungenmuskulatur überging. Operation. Endresultat dem Autor nicht bekannt.

Histologisch fanden sich in dem Tumor nirgends Epithelien, sondern es war ein zellreiches Gewebe in einer dichtgefaserten Grundsubstanz. Diese letztere färbt sich im Hämalaun-Eosinpräparat rötlich, im Weigert-van Giesonpräparat deutlich gelb und gibt sich schon dadurch, auch abgesehen von ihrer Form, als Gliafaserung zu erkennen. Der Arbeit sind 2 Mikrophotogramme beigegeben.

DREYFUSS.

97) **Heyn. Lupus vulgaris der Zunge.** Dermat. Ges. zu Berlin, Sitzung vom 12. April 1921. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. S. 975. 1921.*

Geheilt durch Behandlung nach Friedmann sowie mit Radiumbestrahlungen.

R. HOFFMANN.

98) **Danziger. Zungenzyste.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung v. 3. Mai 1921. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 35. S. 1050. 1921.*

Die Zyste lag in der Mittellinie und reichte so tief, dass die Zunge bis auf die Genioglossi gespalten werden musste. Pathologisch-anatomischer Befund (Eugen Fränkel): Geschwulst von flaschenförmiger Gestalt, ausgekleidet mit zylindrischem, zum Teil flimmerndem Epithel, im Flaschenhals drüsige Elemente. Es handelt sich entweder um eine Thyreoglossuszyste oder um einen seltenen Fall von aberrierter Magenschleimhaut.

R. HOFFMANN.

99) **Wilke. Aktinomykose der Zunge.** Med. Ges. zu Bochum, Sitzung v. 13. April 1921. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. S. 1045. 1921.*

Demonstration mikroskopischer Präparate von 2 Fällen primärer Strahlenpilzkrankheit der Zunge des Menschen. Der eine der beiden operierten Fälle bot das Bild eines die Pilzdrusen enthaltenden Abszesses, im anderen, einem Granulom, lag der mit den Pilzen behaftete Fremdkörper, ein Holzsplitter, ausserhalb der entzündlichen Neubildung in kaum verändertem Zungengewebe. In einem dritten Fall von Zungengeschwulst fand sich ein eitrig einschmelzendes, Fremdkörperriesenzellen enthaltendes Granulom mit einem wohl durch Einbeissen dorthin verlagertem Gewirr pflanzlicher Fäden, die als der Schwebeapparat der Samen von Taraxacum officinale festgestellt wurden.

R. HOFFMANN.

100) **Lotsch. Osteomyelitis des Zungenbeins.** Berliner Ges. f. Chir., Sitzung v. 14. Juni 1920. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 8. S. 182. 1921.*

Eine längere Zeit bestehende Halsfistel wurde nach wiederholten Abszessspaltungen erst geheilt, nachdem ein Sequester aus dem Zungenbein entfernt war.

R. HOFFMANN.

101) **W. Schwarzacher** (Graz). **Plötzlicher Tod an Erstickung infolge Verlegung des Kehlkopfeinganges durch ein faustgrosses Epitheliom des Zungengrundes.** Aus dem Institut für gerichtl. Med. der Univ. Graz. *Frkfr. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 26. S. 200. 1921.*

Faustgrosse derbe Geschwulst, an der eine 64jährige Pfründnerin im Schlaf erstickt war. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um einen gutartigen Tumor handelte, dessen Ausgangspunkt der Ductus lingualis bildete.

Die Schilddrüse war vollständig ausgebildet, so dass man eine Abstammung aus versprengten Teilen dieser ablehnen konnte.

Es stellte sich bei der Durchsicht der Literatur heraus, dass Patientin bereits 14 Jahre vorher (1902) von Hanszel untersucht und probeexzidiert wurde, dass aber Patientin einer operativen Entfernung nicht zustimmte. (Arch. f. Laryng. Bd. 14.)

DREYFUSS.

102) **Otto Glogau** (New York). **Eine typische Operation für die von den oberen Luftwegen und vom Zungengrunde ausgehenden Senkungsabszesse.** Aus der laryng. Klinik Prof. Hajek (Wien). Mit 3 Textfig. *Mschr. f. Orenhlk. Suppl.-Bd. 1921.*

G. bespricht unter Benutzung von 14 Beobachtungen der letzten 2 Jahre aus der Wiener Klinik die Symptomatologie, den Verlauf, sowie die so schwierige Indikationsstellung zur kollaren Mediastinotomie vorwiegend im Anschlusse an die akut-septischen Erkrankungen im Bereiche des Waldeyerschen Rachenringes. Diese Operationsmethode wurde von Marschik vor 12 Jahren an der Klinik eingeführt und nach zahlreichen gesammelten Erfahrungen insofern wesentlich verbessert, als das Schwergewicht auf 2 Punkte gelegt wurde: 1. auf die möglichst frühzeitige Operation, daher der Name prophylaktische Mediastinotomie (lieber einige Fälle zu früh, wie einen einzigen zu spät operieren!) und 2. auf die Technik. Dieselbe unterscheidet sich insofern in sehr bedeutsamer Weise von der von den allgemeinen Chirurgen geübten Methode, als man primär bei der Operation nicht in medias res auf einen Eiterherd losgehen soll, um ihn zu eröffnen und zu drainieren, sondern man hat zunächst zu trachten unter die infizierte Partie in das noch blande Gewebe zu kommen. Dieses wird zuerst durch eingelegte breite Streifen Jodoformgaze abtamponiert, um so einer eventuellen Eitersenkung oder dem Hinunterfliessen von infektiösem toxischem Material einen sicheren dichten Wall entgegenzusetzen. Der Zweck der prophylaktischen Mediastinotomie liegt also in erster Linie nicht darin, dem Eiter Abfluss zu verschaffen, sondern in der Verhütung der Propagation der Erkrankung nach unten zu ins thorakale Mediastinum. Ist aber, wie so oft, noch kein Eiter vorhanden, so wirkt die Drainage deshalb lebensrettend, weil durch die vorübergehende Unterbrechung der abführenden Lymphwege und durch ihre Ableitung nach aussen die Resorption toxischen Materials so gut wie unmöglich gemacht wurde. Auf die eitrige Einschmelzung zu warten, die erst viel später erfolgen würde, ist gefährlich. Die Kranken erleben sie nicht mehr, da sie früher septisch zugrunde gehen. (vergl. Schlemmer, Arch. f. Laryng., Bd. 33, H. 3.)

Wird aber rechtzeitig operiert, so ist die Prognose eine sehr günstige, denn es gelingt mit fast absoluter Sicherheit den sonst deletären Prozess zum Stillstand zu bringen.

Die Fälle VI und VII der Glogauschen Zusammenstellung beweisen durch ihre mitgeteilten Krankengeschichten, dass diese verstorbenen Patienten viel zu spät an die Klinik zur Operation gekommen sind, denn die Sektion zeigte jedesmal eitrige Mediastinitis und auch während der Operation erwies sich der Mittelfellraum im Thorax bereits infiziert. Der Fall VI betraf einen 8 Monate alten Säugling, der bei der Einlieferung an die Klinik schon so elend war, dass von einer Operation Abstand genommen werden musste. Er starb wenige Stunden

später an Mediastinitis und eitriger Pleuritis. Die Fälle IX bis XIV (6 Patienten) kamen ohne Operation zur Ausheilung, während 5 Kranke operiert wurden. Bei zwei von ihnen lag eine Fremdkörperverletzung des Oesophagus mit konsekutiver periösophagealer Phlegmone vor. Alle diese rechtzeitig operierten Kranken genasen.

Glogau bespricht eingehend die Symptomatologie und die Indikationsstellung zur Operation, wie sie Schlemmer im Arch. f. Laryg. ausgearbeitet hat. Der Arbeit G.'s sind 3 Abbildungen beigegeben die die einzelnen Phasen der an der Klinik Hajek üblichen typischen Operation gut veranschaulichen.

F. SCHLEMMER.

103) **A. v. Gyergyai. Ein neues Verfahren zur Verhinderung der die Untersuchung und Behandlung störenden Rachenreflexe.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. 1921.*

In der Einleitung werden die wichtigsten Ergebnisse aus den früheren Arbeiten des Verf. über die Empfindlichkeit und Reflexerregbarkeit der verschiedenen Teile des Nasenrachens angeführt. Am empfindlichsten sind die Gegend der Vomerflügel, der oberste Teil des Choanenseptums, obere und hintere Rachenwand, am wenigsten empfindlich der Tubenwulst und die hintere Fläche des weichen Gaumens. In scheinbarem Widerspruch zu letzterer Tatsache entstehen beim Anlegen des Gaumenhakens Würgreflexe; die Ursache dieser aufzudecken, ist Zweck vorliegender Untersuchungen.

Die Literaturübersicht zeigt die bisher mangelhaften Kenntnisse auf diesem Gebiete. Ausgehend davon, „dass der den Reflex auslösende Reiz von den mit dem Zusammenziehen der Velummuskeln in Verbindung stehenden Empfindungen ausgeht", wurden Versuche angestellt, bei welchen feste und elastische Sonden und Haken so eingeführt wurden, dass sich die Muskeln des weichen Gaumens 1. möglichst vollkommen, 2. bis zur Mittelstellung zusammenziehen konnten und dass sie 3. vollkommen ausgedehnt und 4. überdehnt wurden. Es ergab sich, dass bei schlaffem Zustande der Muskulatur der weiche Gaumen in jede Stellung gebracht werden konnte, ohne dass Würgreflexe ausgelöst wurden. Wenn die Muskulatur in Tätigkeit ist, treten dann keine Würgreflexe auf, wenn das Instrument die Bewegungen nicht hindert oder ihnen folgt, ebenso meist dann nicht, wenn die Muskeln in ganz ausgedehnter oder überdehnter Stellung fixiert werden. Wenn die Muskelkontraktion aber durch das Instrument gehemmt, mit dem Muskel gespielt, der zusammengezogene Muskel gedehnt oder ihm nachgegeben wird, treten starke Würgreflexe auf. Diese können entweder durch Fixation des weichen Gaumens in überdehnter Stellung oder durch Novokaininjektion um die motorischen Nerven des Levator veli palatini verhindert werden.

Praktische Ergebnisse: Zur Vermeidung des Auftretens des Velumreflexes bei Manipulationen im Nasenrachenraum müssen Berührungen der oberen, hinteren und des unteren Teiles der seitlichen Rachenwand, sowie der Vomerflügelgegend, ferner alles vermieden werden, was die Bewegungen der Velummuskulatur hindert. Diesen Forderungen muss auch die Form der Instrumente Rechnung tragen. Drei vom Verf. angegebene Instrumente — das direkte Nasenrachenuntersuchungsrohr, der physiologische, reflexvermindernde Gaumenhaken und das nach

Hebelart mittels Gewichtes fixierte Untersuchungsrohr — ermöglichen es, ohne wesentliche Störung durch Reflexe den Nasenrachen direkt sehen und Eingriffe in ihm (beide Hände sind frei) vornehmen zu können. (Die genauere Technik muss im Original nachgelesen werden.)

Noch grössere praktische Bedeutung hat wohl die Tatsache, dass die Würgreflexe durch Einspritzen von nervenlähmenden Medikamenten in den Levator veli palatini ausgeschaltet werden können. WOTZILKA.

104) **Emil Glas** (Wien). **Ueber merkwürdige Deglutitionsstörungen bei Hypästhesie der unteren Schlundpartien.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. 55. Jhrg.*

Beschreibung dreier Fälle von Unmöglichkeit, feste Speisen zu schlucken, bedingt durch Liegenbleiben der Bissen in den Valeculis oder den Recessus piriformes, deren Hauptursache in Hypästhesie dieser Gebiete zu suchen sei. Zwei anschauliche Röntgenbilder zeigen einen typischen Fall. Verf. verlangt für Sicherstellung der Diagnose den Essversuch und das Röntgenbild, da sonst leicht Verwechslung mit Pharyngitis, Globus hystericus oder Oesophagusdivertikel eintreten kann. Die Therapie besteht in Aetzung der Gegenden mit Trichloressigsäure, Massage und Anwendung von Elektrizität. A. KRIEG.

105) **Walter Anthon. Chronische pseudemembranöse Pharyngelaryngitis auf der Basis von Lupus.** *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 23. S. 610. 1921.*

Autor erwähnt 2 Fälle von Rachentuberkulose mit so ausgeprägten pseudomembranösen Belägen, dass der überweisende Arzt Diphtherie in Frage zog.

Er beschreibt den einen Fall, der eine blühende gutgenährte 27jährige Dame betraf, genau.

Die Diagnose Lupus wurde schliesslich, nachdem alle anderen Methoden versagt hatten, histologisch gestellt.

Bakteriologisch werden für die Membranen wenig virulente Pneumokokken neben Viridans-Streptokokken verantwortlich gemacht.

Eine Beseitigung der Membranen wurde erreicht nach etwa dreiwöchiger Behandlung mit Optochinspray 1,5proz. Lösung, alle 2 Stunden 10ccm.

Der Umstand, dass die Arbeit aus der Killianschen Klinik stammt, garantiert für die Exaktheit der angewandten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. R. HOFFMANN.

106) **G. Dinolt** (Wien). **Ausbreitung eines Pharynxerysipels auf die Wange durch die Nase und den Tränennasenkanal.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl. Band. S. 1042. 1921.*

Verf. schildert einen Fall, bei dem sich nach einer Tonsillitis follicularis ein Erysipel des Rachens entwickelt, das sich vom Pharynx über die Choanen, die Nasenschleimhaut und den Tränennasenkanal auf die Karunkula und von dort auf die Gesichtshaut fortsetzt. Das Fortschreiten des Erysipels wurde verhindert durch Anwendung des Billrothschen Mittels, durch Tischlerfirnis. H. DAHMANN.

107) **W. Haardt. Sekundäre Rachentuberkulose.** Ges. f. innere Med. zu Wien, Sitzung vom 25. Febr. 1921. *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. S. 852. 1921.*

Demonstration des Präparates eines Falles von sekundärer Rachentuberkulose bei einem 5jährigen Mädchen, welches nach einem 3tägigen Spitalsaufenthalt an Tuberkulose starb. Der tuberkulöse Prozess ergriff die Schleimhaut des Zungengrundes, der Gaumenbögen, Tonsillen, des Recessus piriformis und der Epiglottis in Form von kleinen, unregelmässig begrenzten flachen Geschwürchen und stecknadelkopfgrossen Knötchen. Rachentuberkulose bei kleinen Kindern ist nicht häufig, die primäre wird von manchen Autoren sogar geleugnet. Der übrige Obduktionsbefund ergab Lungen- uud Darmtuberkulose mit einer subakuten miliaren Aussaat.

R. HOFFMANN.

108) **Hans Foriz** (München). **Trockenhefe als Prophylaktikum gegen Rachenkrankheiten.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42. S. 1264. 1921.*

F. stäubt im Prodromalstadium der Angina, wenn also Schluckbeschwerden beginnen, Levurinose Blaes (Firma I. Blaes, Lindau) auf die Mandeln so viel, dass die antzündete Region wie gepudert aussieht und konnte dadurch sowohl bei Erwachsenen wie bei Kindern die Angina lacunaris koupieren. Die Einblasung geschieht am besten abends vor dem Schlafengehen, Kinder lässt er vorher einige süsse Bonbons (sog. Malzbonbons) lutschen und meint, dass dadurch vielleicht die Wirkung der Levurinose durch die Zuckerlösung günstig beeinflusst werden kann.

R. HOFFMANN.

109) **E. J. Lent** und **M. W. Lyon jr. Bakterienflora und Gewicht einer Serie von exstirpierten Tonsillen. (Bacterial flora and weights of a serie of excised tonsils.)** *Annals of Otol., Rhin. and Lar. Jwni 1921.*

Während eines Zeitraumes von 11 Monaten wurden 214 Paar exstirpierte Tonsillen mittels des Kulturverfahren untersucht. Der häufigst gefundene Mikroorganismus war der Streptococcus haemolyticus (61 pCt.), demnächst kamen die nichthämolytischen Streptokokken (57 pCt.), Pneumokokken (20 pCt.) und Streptococcus viridans (14 pCt.). Der Prozentsatz des Streptococcus haemolyticus schwankte von Monat zu Monat. Das Gewicht der Tonsillen betrug durchschnittlich 7,08 g.

FREUDENTHAL.

110) **Fürbringer** (Berlin). **Zur Kenntnis der Leptotrixangina.** *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 437. 1921.*

F. trennt mit F. Kraus (Nothnagels Handbuch Bd. 16, 1. Teil 1. Abb.) von der durch hochgradige Epithelwucherung ausgezeichneten Pharyngomycosis lepthothrica (B. Fränkel, Heryng, Siebmann) die Angina lepthothrica und illustriert diese Scheidung durch eine eigene Beobachtung.

Bei einer 20jährigen jungen Dame hatten sich gelegentlich einer leichten Erkältung (Schnupfen und Rauhigkeit im Hals) weisse Flecken an den Mandeln gebildet, die in der Folge ohne wesentliche Störungen irgendwelcher Art noch zugenommen hatten. Verf. fand im Bereiche der Innenfläche beider Tonsillen, auf die vorderen Gaumenbögen und das Segel übergreifend, je einen mässigen weissen bis weissgelben ovalen, landkartenartig begrenzten, schmal dunkelrot gesäumten Belag von 3 cm Länge und nahezu 2 cm Breite. Der untere Pol war

rechterseits in rundliche Inseln aufgelöst. Der übrige Rachen leicht katarrhalisch, sonst frei. Keine bemerkenswerte Vergrösserung der Gaumenmandeln. Geringfügiger Fötor, aber keine putriden Pfröpfe, Zähne sauber. Keine Schwellung der Zervikaldrüsen, kein Fieber. Die mikroskopische Untersuchung eines der Oberfläche der mässig festhaftenden weichen Plaques entnommenen, weissem Käse vergleichbaren Abschabsels ergab eine fast vollkommene Reinkultur von Lepthothrix buccalis. Erst in den der Tiefe des Rachens entnommenen Partikelchen wurden Epithelien in geringer Menge neben vereinzelten Leukozyten angetroffen. Nirgends aber fanden sich derbe oder gar hornartige Epithellager, während diese bekanntlich für die Pharyngomycosis lepthothrica charakteristisch sind, bei der, worauf auch Ref. schon vor Jahren aufmerksam gemacht hat, keineswegs immer Lepthothrix gefunden wird.

Bei der Therapie der Angina lepthothrica beschränkt sich F. auf Verordnung von Menthol- bzw. Menthol-Thymol-Gurgelungen in der Erkenntnis, dass der Pilz nach Entfernung der Membranen auf den Wundflächen erst recht zu wuchern pflegt und die Affektion vielfach zu spontaner Rückbildung neigt. Weit über allen Massnahmen steht die psychische Behandlung. Beruhigung bei etwaigem Beginn mit fieberhaften anginösen Erscheinungen und ganz chronischem Verlauf. Komplikationen wie Nephritis, entstanden durch Mischinfektion (Deussing D. m. W. 1920, S. 1278) begründen entsprechende Berücksichtigung.

R. HOFFMANN.

111) **Robert Scheller. Zur Diagnose der Angina und Stomatitis ulcerosa.** *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 35. S. 1042. 1921.*

Da der Bacillus fusiformis und die Spirochäten Plaut-Vincenti auch beim Fehlen pathologischer Veränderungen im Rachen, wenn auch nur spärlich, sich finden, so ist die Diagnose auf Plaut-Vincentsche Angina aus dem Abstrich nur dann zu stellen, wenn beide oder einer von beiden Erregern sich sehr zahlreich nachweisen lassen.

Unter 118 Fällen, deren Rachenabstriche wegen Diphtherieverdachts Sch. zur Untersuchung vorlagen, war das Ergebnis in bezug auf zahlreiche Anwesenheit der Erreger der Plaut-Vincent Angina in über 12,7 pCt. positiv. Unter diesen Fällen befinden sich drei, bei denen sich sowohl Diphtheriebazillen, wie zahlreiche Erreger der Angina necrotica fanden. In diesen Fällen bestätigte auch der klinische Verlauf eine Mischinfektion.

In obige Zahl nicht miteinbegriffen sind 3 Fälle, bei denen andernorts Diphtheriebazillen gefunden waren, das Fieber und die allgemeinen Diphtherieerkrankungserscheinungen auf Diphtherie-Heilseruminjektion prompt zurückgingen, aber der Lokalprozess an den Tonsillen nicht nur nicht zurückgegangen, sondern sogar fortgeschritten war. Bakteriologisch in diesen Fällen zahlreiche Erreger der Plaut-Vincentschen Angina. Heilung durch geeignete Chemotherapie.

Unter den zahlreichen Fällen, die als klinisch sichere Angina Plaut-Vincenti oder unter dem klinischen Verdacht einer Angina Plaut-Vincenti zur Untersuchung kamen, fanden sich bei einem Falle unter den Erregern der Plaut-Vincent-Angina auch Diphtheriebazillen. Es stellte sich heraus, dass in diesem Falle vor 4 Monaten

eine echte Diphtherie überstanden war, während die Angina necrotica vor 14 Tagen ohne Fieber eingesetzt und weiter verlaufen war.

Nicht jeder Diphtheriebazillenbefund weist also bei bestehender Angina mit Sicherheit auf eine bestehende Diphtherie hin. Es kann auch auf eine überstandene Diphtherie zurück deuten, während der bestehende Prozess klinisch und ätiologisch anders sein kann.

Die Diagnose der Plaut-Vincent-Angina wird erleichtert, wenn man mit der Platinöse in die Tiefe unter den Belag eingeht. Man erhält so reichliches Material, während der gewöhnliche Rachenabstrich nicht oder nur spärlich die Erreger der Plaut-Vincent-Angina zeigen kann.

In 4 Fällen, welche unter dem Verdacht einer Bronchitis standen und behandelt wurden, fanden sich im eingesandten Auswurf bei sonst negativem Befund Bacillus fusiformis und Spirochaetae Plaut-Vincenti. (Ersterer stets sehr zahlreich, letzterer an Zahl wechselnd, in einem Falle gemischt.) Durch diesen Hinweis wurden die behandelnden Aerzte auf einen bestehenden Rachenprozess und zwar in allen diesen Fällen auf eine Stomatitis ulcerosa aufmerksam. Die Erscheinungen der tieferen Luftwege hörten nach Heilung des Mundprozesses auf. Noch ein fünfter Fall zeigte das Zusammentreffen von Stomatitis ulcerosa und Bronchitis.

In einem Falle endlich hatte sich an einen Zungenbiss eine Stomatitis und Angina ulcerosa angeschlossen. An der Zunge selbst hatten sich Geschwüre gebildet mit den Erregern der Plaut-Vincent-Angina. Klinisch hatten diese das Aussehen eines Primäraffektes geboten. Ein solcher war aber wegen der kurzen Inkubationszeit — 7 Tage — ausgeschlossen. Nach den Beobachtungen vom Verf. scheint die Angina necrotica auch kontagiös zu sein.

R. HOFFMANN.

112) **Spiegelberg** (Insel Poel bei Wismar). **Parasyphilis oder Plaut-Vincent?** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37. S. 1096. 1921.*

Verf. sah auf Poel in einem abseits gelegenen Dorfe im Laufe der letzten Jahre 4 mal (bei 3 Kranken von 21, 22, 23 Jahren und einer 16jährigen Fischerstochter) Geschwüre auf der Mandel mit dem Befunde der Plaut-Vincent-Erreger und glaubt wegen des endemischen Auftretens einen Bazillenträger dieser Symbiose annehmen zu müssen. Sonst fand sich nämlich keine Plaut-Vincentsche Krankheit auf der Insel. Die Geschwüre heilten spontan unter Gurgelungen nach 1—$1^1/_2$ Wochen, einmal wurde 0,6 Neosalvarsan intravenös gegeben. Ein fünfter Fall hatte akut neben Fieber und Halsdrüsenschwellung ein Geschwür mit schmierigem Grunde auf der Innenseite der linken Wange bekommen. Mikroskopisch: Plaut-Vincent. Wassermann negativ. Heilung nach 2 Wochen unter essigsaurer Tonerde. Nach 2 Monaten etwas grösseres Geschwür ungefähr an derselben Stelle und vor demselben noch 2 erbsengrosse Wunden von derselben Beschaffenheit wie das Geschwür, daneben ziemlich starke Zahnfleischentzündung in der linken Mundhälfte, sowie Drüsenentzündung und Fieber. Wieder Plaut-Vincent. Durch 0,6 Neosalvarsan rasche Heilung. Wassermann negativ. Sp. nimmt hier Lues an, erstes Geschwür Primäraffekt, zweite sekundäre Mundgeschwüre. Therapeutisch ist nach Sp. Neosalvarsan angebracht.

R. HOFFMANN.

113) **Wolffheim** (Königsberg i. Pr.). **Parasyphilis und Mundspirochätosen.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37. S. 1096. 1921.*

Polemik gegen Lünenborg (D. m. W. 1921, Nr. 4). Die Auffassung Sterns (D. m. W. 1920, Nr. 46), dass es eine der Lues ähnliche Allgemeinerkrankung (mit positivem Wassermann wie Sachs-Georgi- und Meinecke-Reaktion, mit Drüsenschwellungen, mit roseola-ähnlichem Exanthem) — Parasyphilis —, die nicht durch die Pallida, sondern durch Mund- oder Balanitisspirochätosen erzeugt wird, welche in die Lymphbahnen eingedrungen sind, ist bis jetzt nicht sicher gestellt. Die Fälle Lünenborgs sind als Angina Plaut-Vincent anzusehen, auch hierbei kann der Wassermann positiv sein. R. HOFFMANN.

114) **Charles R. King** (Ohio). **Ein neues Mittel bei Angina Vincenti. (A new remedy for Vincents angina.)** *Laryngoscope. Dez. 1921.*

Verf. hat in einer grossen Anzahl von Fällen die lokale Anwendung eines 10 proz. Kupfersulfat von prompter Wirksamkeit gefunden. FREUDENTHAL.

115) **J. C. Kirby. Bericht über einen Fall von Peritonsillarabszess mit nachfolgender Phlebitis der V. jugularis interna. (Report of a case of peritonsillar abscess followed by phlebitis of internal jugular vein.)** *Laryngoscope. Dezember 1921.*

Pat. klagte im Anschluss an einen Peritonsillarabszess über Schmerzen und Steifigkeit auf der rechten Halsseite. Man fühlte aussen am Halse eine leichte Induration längs des Innenrandes des Sternokleido, die sich bis zum Kieferwinkel erstreckte. Inzision am Innenrande des Sternokleido, Freilegung der Karotisscheide. An der Vereinigungsstelle von Vena facialis und Jugularis interna fand sich eine kleine Masse von der Grösse eines 25 Cent.-Stückes, die voller Eiter war. Heilung.

O. T. FREER.

116) **Aurel Rethi** (Budapest), **Ueber die Tonsillektomie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1539. 1921.*

Bei etwa 1000 Tonsillektomien innerhalb von 11 Jahren hat R. niemals Dauerschädigungen des Körpers beobachtet.

Indikationen: I. Absolute: Chronische Tonsillitis als Ursache akuter Polyarthritis, akuter hämorrhagischer Glomerulonephritis oder dauernder Temperaturerhöhung, chron. Tonsillitis mit häufigen akuten Exazerbationen und wiederholte Peritonsillitiden.

II. Relative: Chron. Tonsillitis als Ursache von allgemeinem Rheumatismus, üblem Mundgeruche, chron. Nephritis, Perityphlitis und rezidivierenden Entzündungen der regionären Lymphdrüsen, konservativ nicht zu heilende chron. Tonsillitis überhaupt, rezidivierende oder chron. verlaufende Angina Plaut-Vincenti, rezidivierende Chorea minor und Tuberkulose der Tonsille.

Kontraindikationen: Akute Entzündungen der Mandelgegend und schwere Allgemeinerkrankungen.

Ausführliche Beschreibung der Technik: Lokalanästhesie, extrakapsuläre Enukleation mittels vom Verf. angegebener besonderer „Expressoren“ und Schlingenschnürers.

Verf. hat nie ernste Komplikationen beobachtet. Unter 1000 Fällen eine Nachblutung, die Naht erforderte, die übrigen (2—3 pCt.) standen spontan.

BRADT.

117) **Grant Selfridge. Die Tonsillenfrage. (The tonsil question.)** *Annals of Otol., Rhin. and Lar. Juni 1921.*

Verf. steht auf dem Standpunkt, dass darum so häufig nach Operation der Tonsillen und Adenoiden die gewünschten Erfolge ausbleiben, weil man die physiologischen Beziehungen übersieht, die seiner Meinung nach zwischen den lymphatischen Rachenorganen und den Drüsen mit innerer Sekretion, vor allem der Schilddrüse, bestehen. Besonders bei Kindern mit exsudativer Diathese sind oft die Krankheitserscheinungen, wegen deren die Entfernung der Tonsillen vorgenommen wird, nicht auf diese, sondern auf die Konstitutionsanomalie zurückzuführen. Er hat gefunden, dass Individuen vom Typus des Status lymphaticus besonders geneigt sind zu anaphylaktischen Erscheinungen, wie Heufieber und Asthma, häufigen Erkältungen. Man müsse immer, bevor man die Operation empfiehlt, auf das etwaige Vorhandensein solcher Zustände achten. Verf. gibt einige Krankengeschichten zur Illustration seiner Ansicht. FREUDENTHAL.

118) **Lewis Fisher** und **A. J. Cohen** (Philadelphia). **Lungenabszess bei Erwachsenen nach Tonsillektomie in allgemeiner Narkose. (Pulmonary abscess in adults following tonsillectomy under general anesthesia.)** *Journ. Amer. med. Assoc. 22. Okt. 1921.*

Verff. berichten über 5 Fälle, die anderswo operiert waren und dann zu ihrer Beobachtung gelangten; von diesen starben drei, die anderen beiden blieben chronisch invalide. Das Hauptmoment für das Zustandekommen dieser Komplikation ist nach Verff. die Einführung von infizierten Emboli, sei es auf dem Blut- oder Lymphwege, die dann in der Lunge sich lokalisieren. In 76 Fällen, die Verff. aus der Literatur zusammengestellt haben und von denen eine grosse Zahl tödlich endete, waren 74 in Allgemeinnarkose operiert; wo eine Angabe über den Sitz der Lungenkomplikation vorhanden war, befand sich diese meist auf der rechten Seite. Da bei Vornahme der Tonsillektomie in Lokalanästhesie Lungenabszesse nicht vorkommen, so muss die Allgemeinnarkose die direkte oder indirekte Veranlassung für diese Komplikation sein und das beste Mittel, sie zu verhüten, besteht darin, dass man bei Erwachsenen nur in Lokalanästhesie operiert. FREUDENTHAL.

119) **S. Lawner** (Wien). **Ueber Blutstillung nach Tonsillektomie und einen neuartigen, auch prophylaktisch anzuwendenden Hämostaten.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1430 ff. 1921.*

Nach Erwähnung der prophylaktischen Mittel gegen Blutung nach Tonsillektomie und Beschreibung der Methoden, mit denen man eventuelle Blutung zu stehen bringen kann (blutstillende Pulver, Tamponade, Gaumennaht, Unterbindung, Umstechung, Michelsche Klammernaht, hämostatische Pinzette, Kompressorien), gibt Verf. ein Instrument zur Blutstillung an. Es besteht im wesentlichen aus einer Zange, an deren freien Branchen hohle Metallpelotten angebracht sind, die von kühlem Wasser durchflossen werden. Durch Oeffnen der Zange im Munde legen sich die gespreizten Branchen mit den Pelotten in die Tonsillektomie-

wundhöhlen. Sie wirken komprimierend und sollen auch durch die Wasserkühlung blutstillende Wirkung haben.

H. DAHMANN.

120) **Thomas E. Walker. Ein neues Tonsilleninstrument. (A new tonsil instrument.)** *Laryngoscope. Dez. 1921.*

Das Instrument ist ähnlich der Sluderschen Guillotine, besitzt jedoch zwei Blätter, eins, das als Hämostat wirkt und zuerst vorgestossen wird, darüber wird dann erst das schneidende Blatt vorgestossen; nach Entfernung der Tonsille bleibt der Hämostat noch 1—3 Minuten liegen.

O. T. FREER.

121) **Metzianu** (Bukarest). **Das „Apostymatom“ für den Mund- und Rachenraum.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1482. 1921.*

Es handelt sich um ein scherenartiges Instrument mit bajonettförmig gekrümmten Branchen und $2^1/_2$ cm langen, nach dem Griffe zu mit einem Hemmnis versehenen Klingen, die innen scharf, aussen mit Sägezähnchen versehen sind. Den Vorzug sieht M. in dem einmaligen Einführen des Instrumentes, das beim Herausziehen mit gespreizten Branchen die Stichöffnung erweitert, in der Vermeidung von Verletzungen des Mundes und der dem Abszess benachbarten Gefässe, sowie in der Täuschung ängstlicher Patienten, da das Instrument einer Pinzette ähnlicher sieht als einem Messer.

G. BOENNINGHAUS JUN.

d) Diphtherie und Croup.

122) **K. Dorn. Zur Frage der Diphtheriebehandlung mit normalem Pferdeserum.** *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 42. S. 988. 1919.*

Verf. gibt die Krankengeschichten und Fieberkurven zweier Geschwister, die entweder zugleich sich an derselben Infektionsquelle angesteckt haben, oder wo der Junge sich an seiner kurz zuvor erkrankten Schwester infizierte. Die Schwester wurde mit 10 ccm Normalpferdeserum intramuskulär und der Bruder mit 4000 I.-E. Diphtherieheilserum Ruete Enoch intravenös gespritzt. Bei beiden trat weder ein unmittelbares Absinken der Temperatur noch ein rasches Schwinden des lokalen Krankheitsprozesses ein. Eine Ueberlegenheit des antitoxischen über das leere Serum konnte also nicht beobachtet werden. Die Leerserumbehandlung ist der Klinik vorbehalten. Der Praktiker soll das altbewährte Heilserum anwenden!

R. HOFFMANN.

123) **U. Friedemann** (Berlin). **Ueber chronische Diphtheritis und Lues.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 16. S. 377. 1921.*

F. sah im Laufe von 6 Jahren 10 Fälle von chronischer Diphtherie, Fälle, die sich dadurch auszeichneten, dass wochen-, monate- ja selbst jahrelang typische diphtherische Beläge mit reichlichem Diphtheriebazillenbefund auf den Tonsillen, dem Zäpfchen oder im Larynx zu sehen waren und dass solche Fälle sich gegen Diphtherieserumbehandlung vollständig refraktär verhielten. Dabei kann der rein pseudomembranöse Charakter der Beläge erhalten bleiben, während in anderen Fällen die Erkrankung bei längerem Bestehen einen mehr ulzerativen Charakter annimmt. In den Fällen ersterer Art liessen Anamnese und Blutbefund (Wassermann ++++) das Vorliegen einer Lues hereditaria annehmen. Die

durch diese geschaffene konstitutionelle Veränderung des Organismus hatte die normalen Heilungsvorgänge verzögert und völlig unterdrückt. Auch in der zweiten Reihe der Fälle spielte die Lues eine Rolle. Dabei schien es sich um syphilitische Infektionen frischen Charakters zu handeln. In diesen Fällen schafft umgekehrt der lokale diphtherische Infekt im luetischen Organismus einen Locus minoris resistentiae, in dem nun neben dem Diphtheriebazillus auch die Spirochaeta pallida ihre Tätigkeit entfaltet. Leider war es F. während des Krieges nicht möglich die bakteriologische Untersuchung auch auf die Spirochaeta pallida auszudehnen.

Bei den letzteren Formen wird auf das Vorhandensein anderer luetischer Manifestationen stets zu achten sein, zumal die Angina specifica ganz ausserordentlich diphtherieähnlich auftreten kann. Ungeübten kann auch eine Verwechslung von Plaques muqueuses mit diphtherischen Veränderungen unterlaufen. Die bakteriologische Untersuchung dürfte in zweifelhaften Fällen die Diagnose sichern.

Praktisch sind die Fälle von chronischer Diphtherie insofern von Bedeutung, als sie in kurzer Zeit durch Salvarsan zu heilen sind und dadurch nicht nur den Patienten, sondern auch seine Umgebung von grosser Gefahr befreien.

R. HOFFMANN.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

124) **M. Seemann** (Prag). **Laryngostroboskopische Untersuchungen bei einseitiger Rekurrenslähmung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 11. S. 1621. 1921.*

Verf. hat über 100 Fälle von einseitiger Rekurrenslähmung laryngostroboskopisch untersucht. Er unterscheidet hinsichtlich der dabei auftretenden Stimmstörung 3 Stadien, die wiederum durch verschiedenartige Schwingungsweise des gelähmten Stimmbandes charakterisiert sind: 1. Stadium der Aphonie (zumeist frische Fälle nach Trauma, Infektionskrankheiten). Stimmklang aphonisch, hauchend, flüsternd. Stroboskopisch: zunächst nur ein leichtes Anheben und Erzittern der Stimmbänder; weiterhin deutliche Vibrationen des gesunden Stimmbandes, während die gelähmte Seite ruhig bleibt. 2. Stadium der vollentwickelten Stimmstörung, von manchen Autoren als Rekurrensstimme bezeichnet. Stimmklang heiser mit eigentümlichen Durchschlägen aus der Bruststimme ins Falsett (Diplophonie). Stroboskopisch: beide Stimmbänder schwingen; während jedoch das gesunde Stimmband die normalen Gegenschlagsbewegungen macht, schwingt das gelähmte Stimmband durchschlagend. 3. Stadium des Stimmausgleichs. An der Stimme sind bei mittlerer Sprechtonlage Störungen nicht mehr nachzuweisen. Stroboskopisch lassen sich im allgemeinen keine Unterschiede in der Schwingungsart beider Stimmbänder feststellen: gelegentlich sind die Amplituden der Schwingungen noch etwas verschieden.

SOKOLOWSKY.

125) **A. Kuttner. Zur Rekurrensfrage.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. S. 1415. 1921.*

K. betont, wie bereits an früherer Stelle, gegenüber Körner nochmals die Semonsche Lehre, dass das Rosenbach-Semonsche Gesetz nicht nur für den Stamm des Rekurrens, sondern auch für das Kerngebiet desselben gültig sei.

Dass bisweilen auch bei langdauernden Rekurrenslähmungen anstatt der erwarte[ten] Kadaverstellung die Stimmlippe in der Medianstellung verharre, erklärt K. [in] folgender Weise: Die auf den Rekurrens wirkende Schädigung wirkt erregend a[uf] die Adduktoren. Die Stimmlippe wird in die Medianstellung gezogen und in die[ser] festgehalten. Dauert dieser Zustand längere Zeit, so kommt es zu einer Verkürzun[g] des Band- und Muskelapparates. Die Medianstellung wird hierdurch eine bleibend[e]. Weder Rekurrens- noch Krikothyroideusausschaltung haben in diesem Stadiu[m] Erfolg. Vor dem Eintreten der sekundären Verkürzung des Band- und Muske[l]apparates jedoch könnte man die Medianstellung durch die Durchschneidung de[s] Rekurrens, bleibt dieser Eingriff erfolglos, durch die Resektion der motorisch[en] Aeste des Nervus laryngeus superior lösen. Die Abduktion und Adduktion de[r] Stimmlippe stellen zwar eine physiologische, aber nicht eine anatomische Einhe[it] dar. Die noch unentschiedene Frage, ob der Postikus der einzige Abduktor de[r] Stimmlippe ist, fordert dringende Aufklärung.

STREIT.

126) Ciro Caldera. **Ueber einen neuen Fall von Schmidtschem Symptomenkomplex mit Otitis interna nach Kopftrauma. (Sopra un nuovo caso di sindrome di Schmidt e di otite interna, postume a trauma al capo.)** *Bollet. mal. dell' orecchio etc. No. 12. 1921.*

Es handelte sich um einen 31jähr. Mann, der vor etwa $^1/_2$ Jahre einen St[urz] von 3 m Höhe erlitten, sich dabei eine Wunde zugezogen hatte, die vom Kopf d[er] linken Augenbraue sich durch die Stirn bis zur Schläfengegend erstreckte; stunde[n]lange Bewusstlosigkeit, linksseitige Otorrhoe, blutiges Sputum. Gleich nach Wiede[r]erlangen des Bewusstseins bemerkte Pat. Fremdkörpergefühl im Kehlkopf und au[s]gesprochene Dysphonie. In den auf das Trauma folgenden Tagen hatte er Fie[ber] und leichte Neigung zu erbrechen, die auch jetzt noch besteht; die flüssige u[nd] feste Nahrung regurgitierte leicht durch die Nase.

Bei der Untersuchung wird festgestellt: linksseitige Rekurrenslähmun[g], Parese der linken Gaumensegelhälfte, Lähmung des linken Trapezius und Stern[o]kleidomastoideus; ferner besteht eine linksseitige Otitis interna. Vf. hält es [für] höchstwahrscheinlich, dass der Sitz des Traumas in Höhe des Austritts des X. u[nd] XI. Hirnnerven aus dem Schädel, d. h. beim Foramen lacerum post. war. Ob [es] sich um eine einfache Hämorrhagie oder um eine Basisfraktur gehandelt hat, läs[st] sich nicht mit Sicherheit feststellen; die begleitende Ohrerkrankung lässt an [eine] Basisfraktur infolge Contrecoup denken.

CALAMIDA.

127) H. Curschmann. **Ueber kombinierte Stimmritzen- und Schlingkrämpfe nach Grippe.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 6. S. 150. 1921.*

C. beobachtete in 3 bzw. 5 Fällen vorzugsweise des Nachts auftreten[de] laryngospastische Anfälle ohne besondere, spez. psychogene Ursache und gleic[h]zeitiges, zwangsmässiges heftiges Luftschlucken, beides als Folgeerscheinung ei[ner] Grippe-Laryngotracheitis. Als Ursache der beobachteten Anfälle wird eine vorübe[r]gehende aszendierende neuritische Reizung sensibler Fasern des N. laryng[eus] superior angesehen, um so mehr als dieser Nerv auch sensible zentripetale Fas[ern] enthält, deren Reizung Schluckbewegung auslöst.

R. HOFFMANN

128) **O. Hirsch. Laryngitis ulcero-membranacea.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. 1921.*

Zur Zeit einer Epidemie von Angina Plaut-Vincenti beobachtete H. in drei Fällen folgendes Krankheitsbild: nach einer Mandelentzündung setzte plötzlich unter hohem Fieber, Schluckschmerz und Atemnot eine auf den Kehlkopfeingang beschränkte Laryngitis ein mit starker Schwellung der Epiglottis und Bildung von unregelmässigen, mit schmierig-gelblichem, leicht abstreifbaren Belag versehenen Geschwüren auf dem Kehldeckel und den aryepiglottischen Falten, die nach zehn Tagen ohne Narben oder andere Folgeerscheinungen zu hinterlassen, verschwanden. In dem nur von einem Falle entnommenen Abstrich wurde Bacillus fusiformis gefunden. Diphtherie, Erythema multiforme und Verätzung konnten ausgeschlossen werden. H. rechnet diese 3 Fälle ebenso wie 3 ähnliche Fälle der Literatur zum Bilde der Laryngitis ulcero-membranacea. G. BOENNINGHAUS JUN.

129) **I. Wätjen. Zur Pathogenese der Stimmbandgeschwüre bei Grippe.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. S. 829. 1921.*

W. berichtet über das histologische Untersuchungsergebnis zweier Fälle von Stimmbandgeschwüren bei Grippe, die wahrscheinlich klinisch den von B. Fränkel schon während der Grippeepidemie der 90er Jahre erhobenen Befunden entsprechen und von diesem bzw. von Seifert als Chorditis fibrosa bezeichnet wurden. Die Veränderungen bei diesen Geschwüren sind charakterisiert durch eine Gewebsnekrose, die je nach dem Alter des Prozesses graduelle Unterschiede aufweist und beim Uebergreifen auf den Knorpel zu eitriger Perichondritis desselben führt. In beiden Fällen sassen die Geschwüre symmetrisch im hinteren Drittel beider Stimmbänder. Nach dem Befunde muss man eher von einer Chorditis necrotica bzw. gangraenosa als einer Chorditis fibrinosa sprechen.

Besonders auffallend waren die bakteriellen Befunde. Die oberflächlichen Schichten der Nekrosen werden von gram-positiven und -negativen Kokkenhaufen eingenommen, während die tieferen und jüngeren Abschnitte des Gewebszerfalls nur fusiforme Bazillen, Leptothrixfäden und vereinzelt auch nachweisbare feine, gewundene Spirillen enthielten.

Die Bakterien der Mundhöhlenflora sind wahrscheinlich durch die bei Hustenanfällen krampfhaften Inspirationen aspiriert worden und konnten an den mit lädiertem Epithel versehenen Stimmbandpartien leicht haften bleiben. Die Ansiedlung und deletäre Wirkung dieser an sich harmlosen Bakteriengemische ist durch die infolge der Allgemeinerkrankung herabgesetzte Widerstandskraft der Schleimhaut zu erklären. R. HOFFMANN.

130) **D. Popovic** (Bukarest). **Einseitige, nicht spezifische Erkrankung der Kehlkopfschleimhaut.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1537. 1921.*

Mitteilungen einiger Fälle einseitiger nicht spezifischer Erkrankungen des Stimm- und Taschenbandes mit gutem Verlauf, wie sie früher von P. Heymann, Rosenberg, Rethi, Tilley, Scheier, Imhofer und Hansberg beschrieben wurden.

In Ergänzung der Erklärungsversuche Heymanns (Beobachtung einer bestimmten Phase einer ablaufenden doppelseitigen Erkrankung, kleinste submuköse

Blutungen bei Hustenstössen) führt Verf. an, dass es sich meist um Leute mit besonderer Reizbarkeit auf Grund harnsaurer Diathese handelt. BRADT.

131) **R. Imhofer** (Prag). **Ueber Stimmlippenblutungen bei Sängern.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 10. S. 531.*

Bericht über 6 entsprechende Krankheitsfälle, 5 Patienten waren Berufssänger, im 6. Falle handelte es sich um einen Pat. mit chronischer Nephritis, der neben der Blutung an den Stimmlippen auch Retinitis hatte und an Apoplexie starb.

Es handelte sich um eine rein submuköse Blutung an den Stimmlippen, sozusagen immer bei auf der Höhe ihrer Tätigkeit stehenden Sängern, bei welchen es zu einer Arbeitshyperämie im Bereiche des Stimmorgans gekommen war. Das auslösende Moment bildet dann ein Trauma. Düsterrote Färbung, leichte Verdickung des betr. Stimmbandes ohne Bewegungsstörung und ohne funktionellen Ausfall ist charakteristisch. Therapie: Ruhe und eventuell Inhalationen von adstringierenden Mitteln. SCHLITTLER.

132) **A. Brüggemann. Behandlung von Kehlkopfstenosen mit der Bolzenkanüle.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. S. 382. 1921.*

B. gibt in dieser Arbeit eine genaue Beschreibung seines Instrumentariums und der Technik mit demselben. Es hat nach ihm vor den Thostschen Bolzen den Vorteil, dass Bolzen und Kanüle in der Trachea ohne Spaltraum fest miteinander verbunden sind. Die Anwendung der Bolzenkanüle kommt vornehmlich in Frage 1. bei allen Narbenstenosen verschiedenen Ursprungs, die überhaupt zur Dilatation geeignet sind, 2. bei Granulationsstenosen, bei denen Granulationen durch den Reiz der früher liegenden Kanüle oder Bolzen entstanden sind. Dagegen sind Stenosen mit erschlaffter vorderer Kehlkopf- bzw. Trachealwand infolge ausgedehnter Knorpelnekrose ungeeignet für die Behandlung mit der Bolzenkanüle. Hier kommt man mit der Dilatation allein nicht zum Ziel, sondern es muss durch Plastik die Vorderwand neu aufgebaut werden.

Was die Erfolge angeht, so wurden 16 Fälle mit der Bolzenkanüle behandelt. 13 wurden von ihrer Kanüle befreit, ein Kind starb während der Behandlung zu Hause und 2 werden jetzt behandelt. R. HOFFMANN.

133) **Wiebe** (Dresden). **Zu dem Aufsatz von Prof. A. Thost: Die Behandlung von Kehlkopfstenosen mit soliden Metallbolzen.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 106. S. 266.*

W. erinnert an die von ihm angegebene Modifikation der Thostschen Bolzen zur Verhinderung der Granulationssporenbildung. KOTZ.

134) **Marcus Maier** (Stuttgart). **Zur Differentialdiagnose zwischen Perichondritis laryngis und Thyreoiditis bzw. Strumitis.** *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 10. S. 230. 1921.*

Bei der 69jährigen Frau bestand, wie die Sektion erwies, eine akute Strumitis mit Einschmelzung eines grossen Teils der Schilddrüse zu einem Abszess. Der in vivo erhobene Befund am Kehlkopf zeigte ein geringes Oedem der rechten Arygegend und eine subglottische Schwellung rechts. Eine Perichondritis des

Kehlkopfes war wegen dieses geringen Befundes nicht angenommen worden und die histologische Untersuchung post mortem bestätigte die Abwesenheit einer solchen. In der subglottischen Schwellung kleinste Abszesse. Die Differentialdiagnose zwischen Perichondritis des Laryxn und Strumitis kann aber bei stärkeren Schwellungen im Larynx auch recht schwierig sein, wie der Fall Brüggemanns (s. das Ref. in diesem Zentralblatt) lehrt.

E. HOFFMANN.

135) **Blumenfeld. Intralaryngeale Struma.** Verein der Aerzte Wiesbadens, Sitzung vom 3. Sept. 1919. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 8. S. 186. 1921.*

Der Fall wird ausführlich im Handbuch der Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege, 3. Aufl., mitgeteilt werden.

R. HOFFMANN.

136) **Victor Frühwald** (Wien). **Ueber ein Angiom des Kehlkopfes.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Jhrg. 55. S. 772.*

Der haselnussgrosse Tumor erwies sich histologisch als Angioma simplex. Er war von dem rechten Stimmband ausgegangen und hatte schliesslich zu Erstickungsanfällen geführt. Seine Entfernung erfolgte mittels der galvanokaustischen Schlinge.

SCHLITTLER.

137) **Goerke. Zur Behandlung der Kehlkopfpapillome.** Med. Sektion der schles. Ges. f. vaterländ. Kultur zu Breslau, Sitzung v. 10. Dez. 1920. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 19. S. 491. 1921.*

G. empfiehlt die präliminare Tracheotomie in allen solchen Fällen, in denen nach Sitz und Ausdehnung der Papillome der Luftröhrenschnitt früher oder später unausbleiblich erscheint, speziell nach endolaryngealen Eingriffen. Durch die Ruhigstellung des Kehlkopfs wird ein spontaner Rückgang der Geschwülste angebahnt. Unter den endolaryngealen Eingriffen bevorzugt G. die direkte Methode in Schwebelage. Von der Strahlentherapie sind vor der Hand keine befriedigenden Erfolge zu verzeichnen. Demonstrationen von 3 mit Laryngofissur und Tracheotomie behandelten Kranken.

R. HOFFMANN.

138) **J. Belemer. Beitrag zu atypisch verlaufenden Larynxtumoren.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 974—980. 1921.*

Verf. zeigt an 2 Fällen der Hajekschen Klinik, dass manchmal alle differentialdiagnostischen Hilfsmittel (Wassermann, probatorische antiluetische Behandlung, Probeexzision und im 2. Fall auch Probelaryngofissur und -exzision) versagen. Dann ist die Diagnose Karzinom, wie in vielfachen Fällen der Literatur, sehr schwierig und erst sehr spät möglich, wenn nämlich das Tumorbild durch die begleitenden inneren und äusseren Schwellungen, die mehr auf Perichondritis hinweisen, verdeckt ist. Es sind, wie wohl jeder aus eigener Erfahrung dem Verfasser bestätigen kann, vor allem Ventrikeltumoren und flächenhaft subglottisch wachsende Tumoren, bei denen laryngoskopisch die ödematösen glatten Schwellungen — besonders in späteren Stadien — das Bild der reinen Perichondritis vortäuschen, während der oft skirrhöse Tumor in der Tiefe völlig versteckt verläuft.

KNICK.

139) **J. Katzenstein** (Berlin). **Ueber Sängerknötchen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk Suppl.-Bd. S. 1384—1401. 1921.*

In der mit 18 Figuren (Instrumentenbilder und mikroskopische Schnitte) versehenen zusammenfassenden Darstellung seiner eigenen Erfahrungen erörtert K. zunächst die ätiologischen Momente: zu häufige Anwendung des Glottisschlags, Stakkatosingen besonders in hoher Lage, Singen und Sprechen bei Indisposition und bei Raucher- und Trinkerkatarrh. Die hohen Stimmlagen werden häufiger betroffen als die tiefen. Einmal beobachtete K. an jedem Stimmbande 2 Knötchen, sonst stets nur je ein breitbasig aufsitzendes weisses oder rötliches stecknadelkopfgrosses Knötchen. In seltenen (? Ref.) Fällen (Koloratursängerinnen) bestehen gar keine Störungen, meist versagt die Stimme beim Intonieren wegen der Ansammlung von Schleimklümpchen auf den Stimmlippen, so dass sich die Pat. erst einsingen müssen. Sonst äussern sich die Stimmstörungen in Neigung zum Detonieren in der Mittellage, beim Pianosingen, in Unfähigkeit, den Ton lange anzuhalten und infolgedessen in Polypnoe. In schweren Fällen Doppeltöne (dabei Doppelspindelform der Glottis), Detonieren im ganzen Stimmumfang und Aphonie. Zur feineren Beobachtung empfiehlt K. den Vergrösserungsspiegel von Brünings und das Stroboskop. Bei der ausführlichen Besprechung der Behandlung geisselt K. die allzu beliebten und ausgiebigen Eingriffe in der Nase. Er empfiehlt die Beachtung von Anämie und Allgemeinkrankheiten und geht erst an die örtliche Behandlung nach längerer Beobachtung und 14 tägiger Stimmruhe. Spontanheilungen und Heilungen durch Bade- und Trinkkuren sah K. nie. Galvanokaustik und Aetzungen verwirft K., doch macht er manchmal nach Abhobelung der Epithelschicht des Knötchens mit seiner kleinsten Guillotine eine vorsichtige Aetzung durch einen Tropfen 20—30 proz. Chromsäure mit Hilfe seiner Sonde. Sonst trägt er nach guter Anästhesierung (allmählich mit Kehlkopfspritze bis 15 Tropfen 20 proz. Kokain ohne Adrenalin einträufeln) die Knötchen meist nicht mit der Doppelkürette ab (leicht dauernde Eindellungen am Stimmbande!), sondern hobelt sie mit seinen Guillotinen ab. Schwebelaryngoskopie wird nur bei den Schreiknötchen der Kinder (Doppelkürette) benutzt. K. legt Wert auf die vorherige Prüfung der galvanischen Erregbarkeit des Rekurrens mit seiner Doppelelektrode, da bei Untererregbarkeit, d. h. wenn die Adduktionszuckungen (Ka SZ) erst bei über 3 M.-A. eintreten, meist keine gute Prognose zu stellen ist. Nach der Operation Schweigekur, Halslichtbäder. Nach 14 Tagen Hauch- und Intonationsübungen. Bei länger anhaltenden Paresen wendet K. ein ganzes Arsenal von Hilfsmitteln an: Dehnung der Stimmlippen, Flataus Ausgleichverfahren mit dem faradischen Strom, Vibrationsmassage, Innenmassage des Kehlkopfes nach Kokainisieren vom Hypopharynx aus, Behandlung mit Hochfrequenzstrom.

Zuletzt berichtet K., dass er bei 9 histologisch untersuchten Fällen (18 Knötchen) wie die meisten Untersucher nur Hypertrophie der normalen Stimmlippenschleimhaut gefunden habe, nur einmal waren Drüsen vorhanden, welche von einem aus dem Sinus Morgagni auf das Stimmband reichenden Schleimhautstrange stammten.

KNICK.

140) **A. Réthi** (Budapest). **Chondrosarkom des Kehlkopfes.** *Orvosi Hetilap. Nr. 11. 1921.*

15 Jahre altes Mädchen hat vor 14 Tagen viel mit Eiter gemischtes Blut entleert. Tumor des Kehldeckels. Punktion negativ, daraufhin stärkere Blutung. Tracheotomie, Tamponade des Kehlkopfes. Zehn Tage später Entfernung des Tumors mittels subhyoidealer Pharyngotomie. SechsMonate später Rezidive, Totalexstirpation des Kehlkopfes. Primäre Wundheilung. POLYAK.

141) **H. Burger** (Amsterdam). **Eine gestielte Krebsgeschwulst.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 993—999. 1921.*

B. berichtet über einen seltenen, dünn gestielten, im Kehlkopf flottierenden grossen glatten Tumor, der bei einem 72 jährigen Patienten von der rechten aryepiglottischen Falte ausging und ein Karzinom mit alveolärem Bau ohne Hornperlen und ohne Verhornung war. Er wurde durch Thyreotomie entfernt und rezidivierte später im Kehlkopf und in der Wunde (Impfmetastasen?). Der Kranke ging rasch an dem Rezidiv, Drüsenmetastasen am Hals, Bronchitis, Fieber, Oedem an den Beinen, Kachexie und schweren Magenerscheinungen zugrunde (nach B.'s Ansicht Magenmetastasen). B. bespricht darauf die wenigen Fälle gestielter Karzinome des Larynx aus der Literatur und anschliessend die gleichartigen Fälle des Pharynx und meint, dass die Stielbildung durch mechanische Momente allein nicht zu erklären sei. Als Schlussfolgerung betont er, dass Stielbildung einen malignen Tumor nicht ausschliesst, dass die von den aryepiglottischen Falten ausgehenden Tumoren sehr bösartig sind und dass durch die Operation Impfmetastasen in der Wunde hervorgerufen werden können. Nach Meinung des Referenten ist wegen des eigenartigen Verlaufes und des histologischen Befundes die Frage aufzuwerfen, ob nicht der Fall B.'s ein metastatisches Karzinom des Kehlkopfes von einem primären Magentumor aus war. KNICK.

142) **Amersbach** (Freiburg i. Br.). **Zur Strahlenbehandlung des Kehlkopf- und Rachenkarzinoms.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 46. S. 1269. 1920.*

A. berichtet über die Erfahrungen aus der Freiburger Hals-Ohrenklinik und die in der Literatur, das folgende feststellend: Es ist noch kein Rachen- oder Kehlkopfkarzinom mit Sicherheit durch Bestrahlung allein geheilt worden.

Man kann operable Fälle vorbestrahlen, operierte nachbestrahlen. Die Vorbestrahlung ist niemals zu empfehlen bei inneren Larynxkarzinomen, die für das Messer eine günstige Prognose geben, zumal im Anfangsstadium. Durch eine Vorbestrahlung werden bei diesen nur Komplikationen geschaffen (Blutungs- und Nachblutungsgefahren, schwere Gefährdung aller primären und sekundären plastischen Eingriffe). Die Vorbestrahlung kann in Betracht kommen bei grösseren Tumoren zumal des Rachens zur Verkleinerung des Tumors und zur Beeinflussung der Ulzeration. Auch bei ausgedehnten Rachen- und Kehlkopfkarzinomen ist die operative Behandlung anzustreben, die immer noch bessere Resultate gibt als die bisher negativen Strahlungsergebnisse. Eine Nachbestrahlung operierter Tumoren soll erst nach dem plastischen Verfahren eingeleitet werden.

Inoperable Tumoren sind selbstverständlich zu bestrahlen. R. HOFFMANN.

143) **Réthi** (Budapest). **Die Technik der totalen Kehlkopfexstirpation.** *Deutsch med. Wochenschr. Nr. 45. S. 1360. 1921.*

Das Verfahren R. soll die primäre und sekundäre Speichelinfektion verhüte und primäre Heilung erreichen, wenn man sich genau an seine Vorschriften hält. Näheres siehe Original.

R. HOFFMANN.

144) **Georg Boenninghaus. Zur Methodik der Gluckschen Totalexstirpation des Kehlkopfes.** Aus dem St. Georgs-Krankenhaus in Breslau. *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. 1921.*

Nach der Totalexstirpation des Larynx ist die partielle oder auch komplette Nekrose der Pharynxnaht eine sehr lästige und störende Komplikation und es existieren eine Reihe von Vorschlägen, welche sich die Aufgabe stellen, diesem Uebel zu steuern. Ausgehend von der Vorstellung, es sei die starke Spannung unter welcher die Nahtreihe der Pharynxschleimhaut stehe, Schuld an der späteren Nekrose, hat B. die unteren 4 Zungenbeinmuskeln zu schonen versucht und konnte auch während der Operation die Pharynxschleimhaut ohne die geringste Spannung nähen. Dieselbe wurde aber trotzdem nekrotisch. B. schliesst sich daher der Meinung Killians an, der der Ansicht war, dass an der Insuffizienz der Naht, welche durch das Absterben der Pharynxschleimhaut verursacht wird, die nicht zu vermeidende Durchschneidung der ernährenden Blutgefässe Schuld trägt. Deshalb meint auch B. in Uebereinstimmung mit Hajek, dass man als Sicherheitsventil eine prophylaktische Pharynxfistel anlegen, oder es aber unterlassen soll, die mediane Hautnaht über der Schleimhautnahtlinie zu machen. Aus eigener Erfahrung kann Ref. die Zweckmässigkeit dieses letzten Vorschlages durchaus bekräftigen. Es sei mir übrigens auch gestattet, richtigzustellen, dass, wie Verf. schreibt, nicht ich (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1920, S. 687) sagte, Gluck sei der Meinung, dass die äussere Larynxmuskulatur, wenn man sie erhält, nekrotisch werden könnte, sondern dass Hajek in der Aussprache (S. 689) bemerkt: Ein definitives Urteil darüber, ob die Erhaltung der Muskulatur einen grossen Vorteil bildet, kann nicht abgegeben werden, da, wie Sie wissen, Gluck angibt, häufig Nekrosen dieser Muskelstümpfe beobachtet zu haben, welche für die Heilung hinderlich waren.

B. spricht ausserdem noch über das bisweilige Versagen der Trachealnaht und regt an, die Trachealkanüle primär wegzulassen, da es fraglich ist, ob dieselbe bei dem klaffenden Tracheostoma nach Beendigung der Totalexstirpation durchaus nötig ist. Es kommt im Einzelfalle bloss auf den Versuch an und müsse der Wundverband so gestaltet werden, dass er nicht über das Tracheostoma rutschen kann.

F. SCHLEMMER.

145) **H. Marschik. Röntgenschädigung des Kehlkopfes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. 1921.*

Als Röntgenschädigung treten seit Ausbreitung der Tiefentherapie bei verbessertem Hautschutz auch schwere Schädigungen an den inneren Organen auf, die sich als Spätschädigungen besonders gefährlich erweisen. Am Halse, besonders am Kehlkopf sind diese schweren Tiefenschädigungen bisher nur wenig bekannt geworden (3 Fälle), weshalb Verf. 4 von ihm beobachtete Fälle ausführlicher mitteilt (2 davon kamen ad exitum).

Bei den leichteren Schädigungen (Larynxreaktion), die oft sehr bald nach der Bestrahlung auftreten, handelt es sich meist um harmlose Laryngitis, leichte Oedeme und Heiserkeit. Die Heiserkeit kann durch das Grundleiden (meist Tbc.), welches durch die Bestrahlung der Drüsen akut exazerbiert, bedingt sein, wird aber meist direkt als Röntgenschädigung aufzufassen sein, sei es durch die Oedeme oder sei es durch trockenen Katarrh der Kehlkopfschleimhaut infolge Störung der Speichelsekretion (Mühlmann). Zur Aufklärung dieser Frage wird inniges Zusammenarbeiten des Laryngologen mit dem Röntgenologen empfohlen.

Die schwereren Kehlkopfschädigungen sind primär durch eine Perichondritis der sämtlichen Kehlkopfknorpel (hyaliner Knorpel besonders empfindlich gegen Röntgenstrahlen) bedingt; erst durch Knorpelsequestration (bei der keine Ausheilung mehr zu erwarten ist) kommt es zur Ulzeration der Schleimhaut und bei hinzutretender Infektion zu Gangrän.

Die Larynxreaktion ist als Warnungssignal aufzufassen: Sofortiges Aussetzen der Bestrahlung und längere Beobachtung des Pat. (bis zu 1 Jahr).

Da man gegen die Röntgenschädigungen des Kehlkopfes, besonders die Spätschädigungen, machtlos ist, wird besonderer Wert auf die Vermeidung auch schon der einfachen Larynxreaktion unter Anführung verschiedener Methoden hingewiesen. Verf. befürwortet insonderheit, dass für ein operables Kehlkopfkarzinom die Röntgen- bzw. Radiumbehandlung nur als Nachbehandlung nach der radikaloperativen Entfernung in Betracht kommt und dabei unentbehrlich ist, dagegen schlägt er schonende Röntgenbestrahlnng bei Tuberkulose, Sklerom und gutartigen Tumoren des Kehlkopfes (besonders Papillom bei Kindern) vor. Kontraindiziert ist die Bestrahlung bei durch tuberkulöse Prozesse hervorgerufener Perichondritis.

Nach eingehender Erwähnung der sonst üblichen Schutzmassnahmen (Anämisierung des Kehlkopfes durch Adrenalin bzw. Ephraimsche Mischung) warnt Verf. Operationen im röntgenbestrahlten Gebiet vorzunehmen, weil durch die latente Hinfälligkeit der bestrahlten Gewebe die Gefahr von schwersten Nekrosen und Gangrän besteht (Arnould, König). Aus gleichem Grunde warnt er auch im Kehlkopf vor energischer medikamentöser oder chirurgischer endolaryngealer Behandlung. Er empfiehlt höchstens indifferente Einblasungen oder Pinselungen nach den Bestrahlungen.

Bei eingetretener Röntgenschädigung des Kehlkopfes können Skarifikationen höchstens bei der ersten Larynxreaktion zur Vermeidung der Tracheotomie ausgeführt werden, dagegen nie bei Spätödem. Als einzige konservative Massnahme kommt nur die Antiphlogose in Betracht (im akuten Stadium Eis, im chronischen Wärmeapplikation).

Zur Ruhigstellung des geschädigten Kehlkopfes empfiehlt er die Tracheotomia inferior und bei Dysphagie frühzeitige Gastrostomie. Ferner käme noch radikale Ausrottung des perichondritischen und für normale Funktion auf immer untauglich gewordenen Kehlkopfes nach Gluck ev. mit Modifikation nach Killian oder mit Anlegung eines Pharyngostoma nach Hajek in Betracht.

Röntgengeschwüre oder Sequesterfisteln im Kehlkopf werden am besten mit Pyoktanin (Thost) desinfiziert.

VOELGER.

146) **I. W. Samson** (Berlin). **Die Versorgung der Kehlkopftuberkulösen.** *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 43. S. 1018. 1919.*

Verf. macht folgende Vorschläge und beleuchtet sie eingehend: 1. Die Unterbringung aller Lungentuberkulösen mit zugleich bestehender Kehlkopferkrankung in besonderen Tuberkulosekrankenhäusern. 2. Die Angliederung besonderer Abteilungen für Kehlkopfkranke an die bestehenden Lungenheilstätten. 3. Die Angliederung besonderer Abteilungen für Kehlkopftuberkulöse an die allgemeinen Krankenhäuser. 4. Die Gründung besonderer Heilstätten für mit Kehlkopftuberkulose komplizierte Lungenkranke. 5. Die Belassung der Kehlkopfkranken in dem allgemeinen Betrieb der Lungenheilstätten und ihre Behandlung daselbst durch einen konsultierenden Laryngologen oder 6. durch die Lungenheilstättenärzte.

R. HOFFMANN

147) **Emil Glas. Die Sonnenbehandlung der Kehlkopftuberkulose.** *Wiener med. Wochenschr. Nr. 50. 1921.*

Verf. hat objektiv günstige Erfahrungen mit Heliotherapie bei Kehlkopftuberkulose gemacht, jedoch ist der Zustand der Lungen und die Art des Kehlkopfprozesses zu berücksichtigen, wobei zwischen den lokalisierten und diffusen Kehlkopferkrankungen unterschieden wird, ferner zwischen den lupösen und den tuberkulös ulzerierten Formen; die lupösen Formen sind der Therapie am zugänglichsten. Schwere Fälle von Tuberkulose, zumal wenn sie mit diffusen Kehlkopfprozessen oder schwerer Anämie einhergehen, sind für Höhentherapie nicht geeignet; in solchee Fällen kann man im Tiefland das universelle Lichtbad versuchen. Für die lokale Sonnenbehandlung eignen sich besonders die mehr lokalisierten Formen; besonders ist zu empfehlen, zunächst mittels Galvanokaustik respektive Kurettage die Herde zu zerstören und dann auf die Sonnenbehandlung, sowohl das universelle Kohlenbogenlichtbad wie auf die lokale Sonnenbestrahlung, zurückzugreifen.

HANSZEL.

148) **G. Finder** (Berlin). **Erfahrungen über Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit dem Goldpräparat „Krysolgan".** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. 1921.*

Das den Beobachtungen zugrunde liegende Material setzt sich aus 14 Fällen der Lungenheilstätte Beelitz, 14 poliklinischen und 12 Privatpatienten zusammen; Beobachtungsdauer zwischen $4^1/_2$ Monaten und 1 Jahr. Die Anstaltsfälle hatten im Höchstfalle 16 Wochen Anstaltsbehandlung hinter sich, wurden weiter ambulatorisch behandelt. In Anbetracht der ungünstigen hygienischen und sozialen Verhältnisse eines grossen Teiles der Behandelten sind die Resultate höher einzuschätzen. Hochfiebernde Kranke, solche mit ausgedehnten, ulzerösen Kehlkopfprozessen, mit schlechtem Allgemein- und Lungenzustand wurden ausgeschlossen. 18 gehörten dem dritten, 17 dem zweiten und 5 dem ersten Stadium an. Anfangsdosis der nur intravenösen Applikation 0,025, jedesmalige Steigerung um 0,025 bis 0,2, mit dieser Dosis wird fortgesetzt. Bei Fällen, wo nach Anfangsdosis Eiweiss im Urin auftrat, wurde auf 0,01 zurückgegangen, bei Fieberreaktion auf letzter Dosis geblieben. Einspritzungen alle 10 Tage, nach 10. Injektion in 2—3 Wochen; grösste Gesamtdosis 4,65 g in 27 Einspritzungen.

Herdreaktion, in grossem Teil der Fälle beobachtet, machte sich durch Druck im Halse und Schluckschmerzen subjektiv bemerkbar. Am Tage nach der Injektion Allgemeinreaktion, manchmal recht stark. Fieberreaktion von einigen Zehntel Grad, am Tage der Injektion bis 4 Tage nach derselben auftretend, 1—2 Tage dauernd, wurde nach der 1. Injektion schwächer, hörte schliesslich auf. Ausbleiben des Fiebers muss nicht immer prognostisch ungünstig sein.

Geschlossene Infiltrate wurden kleiner und verschwanden in einigen Fällen ganz; weniger günstige Erfolge bei geschwürigen Prozessen. Mit Krysolgan allein behandelte Fälle: 6 wesentlich gebessert, 7 gebessert, 9 nicht gebessert, 1 verschlechtert. Die entsprechenden Zahlen bei gleichzeitiger endolaryngeal-chirurgischer (galvanokaustischer) Behandlung: 6, 7, 5, 0. Keine unangenehmen Nebenerscheinungen, nur einmal leichte Stomatitis.

Die Wirkungsweise des Krysolgan wird als spezifische, auf das tuberkulöse Gewebe gerichtete angesehen, die Erfahrungen damit bei Kehlkopftuberkulose als befriedigend bezeichnet und das Mittel in Verbindung mit den sonst üblichen Verfahren wärmstens empfohlen.

WOTZILKA.

149) L. Guido Scarpa. **Die Anwendung der ultravioletten Strahlen bei Erkrankungen der Respirations- und Zirkulationsorgane. (Le applicazioni dei raggi ultravioletti nelle affezioni degli apparati respiratorio e circolaterio.)** *Morgagni. 31. Oktober 1921.*

Unter den mit künstlicher Höhensonne behandelten Fällen des Verf. sind 17 mit Larynxtuberkulose. Verf. sagt, er habe sonst niemals einen solchen Fall heilen sehen, von seinen 17 mit Höhensonne behandelten aber seien 13 in Heilung übergegangen (! Ref.).

FINDER.

150) **L. Polyák** (Budapest). **Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose auf direktem Wege.** Jahresvers. des Vereins für Tuberkulose der ungar. Aerzte 1921. *Orvosi Hetilap. Nr. 46. 1921.*

Vortr. hat ein sehr handliches Autoskop Spekulum konstruiert, welches in sitzender Stellung leicht einführbar und zu entfernen ist, einen weiten Ueberblick über alle Teile des Kehlkopfes gestattet und bei dessen Anwendung bei weitem Gesichtsfelde alle operative Instrumente gut anwendbar sind, so dass Ausräumung und Kauterisation des tuberkulösen Kehlkopfes auf diesem Wege besser und gründlicher wie bis jetzt ausführbar sind. Das Instrument eignet sich zur Massenbehandlung, an einem Vormittage können 15—20 Kranke operiert werden. Seit zwei Jahren sind auf der rhino-laryngologischen Abteilung des St. Johannes Spitals 63 Kranke auf diese Weise behandelt worden, darunter waren kurze Zeit beobachtet 10 Fälle. Von den übrigen 53 Fällen sind 15 mit anscheinend ganz ausgeheiltem Kehlkopfe entlassen worden, das Resultat ist in 13 Fällen ein Jahr später kontrolliert worden.

POLYAK.

151) **E. Pollatschek** (Budapest). **Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Kohlen-Bogenlicht.** Jahresvers. des Vereins f. Tuberkulose der ungar. Aerzte 1921. *Orvosi Hetilap. Nr. 46. 1921.*

Die besten Resultate bei Kehlkopftuberkulose sind durch die chirurgische Behandlung zu erreichen, jedoch ist dazu nicht jeder Fall geeignet. Vortr. hat

die von Blegvad vorgeschlagene Kohlenbogenlichtbehandlung versucht, welche die Besserung und Heilung der gleichzeitig auch auf anderem Wege behandelten Fälle jedenfalls fördert. Ein Teil der Fälle ist geheilt, der grössere Teil gebessert und deshalb ist diese Art der Behandlung besonders den Sanatorien zu empfehlen.

POLYAK.

152) **E. Kellermann** (Budapest). **Die Behandlung der tuberkulösen Dysphagie auf direktem Wege.** Jahresvers. des Vereins f. Tuberkulose der ungar. Aerzte 1921. *Orvosi Hetilap. Nr. 46. 1921.*

Vortr. berichtet über die chirurgische Behandlung der Dysphagie mit Hilfe des Polyakschen direkten Operations-Spekulum. Mittels gründlichen Kurettements und intensiver Galvanokaustik hat er in 35 Fällen von Dysphagie 24 mal die Schlingbeschwerden vollständig und definitiv beseitigt, in 9 Fällen war die Besserung nur vorübergehend und in 2 Fällen blieben die Eingriffe ohne Erfolg.

POLYAK.

153) **B. Grossmann** und **G. Hofer. Zur Histopathologie der Trachea bei Kanülenträgern.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1186. 1921.*

Die durch Trachealatmung bedingten Störungen der Atmung zeigen sich objektiv als vermehrte Sekretion, Eintrocknung des Sekretes, manchmal Blutungen ausser allen übrigen der chronischen Bronchitis entsprechenden Symptomen. Die subjektiven Störungen bestehen in Oppressionsgefühl, Schmerzen über dem Brustbein, Hustenreiz. Die Ursache hierfür liegt in dem Fehlen des Ventilverschlusses der Glottis und in dem durch die unbefeuchtete, ungewärmte und Staub enthaltende Atemluft bedingten Trauma.

Zur Feststellung der histologischen Vorgänge wurden 8 Fälle von chronischen Kanülenträgern genau untersucht, indem Teile aus der Trachea, vom Tracheostoma, der Bifurkation und den Bronchien bearbeitet wurden.

Die von G. und H. gefundenen histologischen Veränderungen werden in folgende Gruppen geteilt: 1. Metaplasie des Flimmerepithels in Plattenepithel, 2. schwere entzündliche Veränderung der Schleimhaut mit Zerstörung der elastischen Elemente, 3. Untergang der Drüsenelemente in Trachea und Bronchien.

Was die histologischen Befunde dieser Veränderungeu betrifft, ist folgendes zu bemerken: ad 1. die Umwandlung in Plattenepithel findet bis zu den tieferen Partien der Hauptbronchien statt und zwar sieht man zunächst Desquamation und Verlust der Flimmerhaare. Die Epithelschicht wird höher bei noch erhaltener Basalmembran. Dann tritt eine deutliche Schichtung und Abflachung der Randzellen auf, die Basalmembran geht verloren, so dass der Charakter des Plattenepithels erreicht ist, um so mehr als durch Bildung von Keratohyalinschichten Verhornung auftritt. Ein Teil dieser Veränderungen ist auch in der Tiefe, bis in die Ausführungsgänge der Drüse hinein zu sehen. Es ist dieser Vorgang als echte indirekte Metaplasie zu bezeichnen, da nach Kawamuras Untersuchungen die Umwandlung auch ohne Anwesenheit von Plattenepithel in der Umgebung vorkommt. Diese von G. und H. gefundenen Veränderungen, die stellenweise vollkommene Zerstörung des Epithels und nur eine Pseudomembran auf der bloss-

gelegten Mukosa zeigen, erklären durch das Fehlen des Flimmerepithels die Schwierigkeit der Herausbeförderung von Sekret. ad 2. Die Grenze zwischen Mukosa und Epithel ist stellenweise wellenartig, so dass der Eindruck von Papillenbildung entsteht. Die Veränderungen der Mukosa äussern sich in Oedem, in kleinzelliger alle Schichten betreffender Infiltration, in interstitiellen Blutungen und Pigmentablagerungen und im Zugrundegehen der Elastika, wobei jedoch eine gewisse Resistenz dieses Gewebes zu beobachten ist, da bei sonst hochgradigen Veränderungen immer noch, wenn auch spärlich, elastisches Gewebe zu sehen ist. Diese Veränderungen sind sonst an der Trachea wie auch an den Bronchien festzustellen. ad 3. Die Ausführungsgänge der Drüsen zeigen eine auffallende Erweiterung mit starker Sekretbildung. Zahlreiche Drüsenzellen zerfallen, wobei anscheinend die Hypersekretion und Sekretstauung die Ursache abgeben.

Die histologischen Veränderungen sind derart intensiv, dass dadurch nicht nur alle klinischen Erscheinungen von seiten der Trachea bei Tracheotomierten erklärt sind, sondern die Veränderungen auch in den Bronchien beweisen, wie empfindlich die Trachealschleimhaut und wie wichtig für die Pathologie der Trachea die Kanülenatmung ist. — Ankündigungen einer Publikation über Untersuchungen bei Inhalationstraumen.

SUCHANEK.

154) **Eugen Fränkel. Ueber Luftröhrenkrebs.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung vom 8. März 1921. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 34. S. 1014. 1921.*

Gegenüber der Ansicht Soerensens, dass die neuen Untersuchungsmethoden die Ansicht von der Seltenheit des Luftröhrenkarzinoms revidieren liessen, bestätigen die Erfahrungen F.'s, die schon von Virchow ausgesprochene grosse Seltenheit dieser Affektion. Unter 52652 Sektionen mit 5063 Karzinomen fand er sie 7 mal. Im ganzen kann er über 10 Fälle berichten; einmal lag gleichzeitig ein Karzinom der Flexura sigmoidea vor; beide Karzinome hatten eigene Metastasen erzeugt. Das Trachealkarzinom ist bei Männern etwas häufiger als bei Frauen. Es besteht eine gewisse Vorliebe für die Gegend oberhalb der Bifurkation. Es zeigt sich in zwei Formen, erstens als breitbasig aufsitzende Geschwulst und zweitens in diffus infiltrierender Form mit starker Aggressivität gegenüber der Umgebung. Klinisch gibt es kein pathognomonisches Symptom: Heiserkeit, uncharakteristisches Sputum, Dyspnoe, stridoröse Atmung und vor allem stürmische Erstickungsanfälle bei frühzeitig einsetzender Kachexie können den Verdacht in die richtige Richtung lenken. Röntgenuntersuchung und Tracheoskopie, besonders auch der fehlende Erfolg der Tracheotomie bei den genannten Erstickungsanfällen tragen zur Bestätigung bei. Die erwähnte Tendenz, auf die Umgebung überzugreifen, kann zu fälschlicher Annahme eines Mediastinaltumors führen. Auch Oesophaguskarzinom kann durch die Speiseröhre komprimierende karzinomatöse Drüsen vorgetäuscht werden. Ausgedehnte Metastasenbildung — ohne Bevorzugung eines bestimmten Organs — ist häufig. Histologisch handelt es sich am meisten um medulläre Adenokarzinome, die von den Schleimdrüsen ausgehen. Die äusserst seltenen Plattenepithelkrebse leiten sich von normalerweise in der Trachea vorkommenden Papillen und Plattenepithel tragenden Schleimhautpartien ab. Die Therapie ist wohl stets aussichtslos.

R. HOFFMANN.

155) **M. Weil. Ueber einen besonderen Fall von Trachealstenose und dessen Heilung durch retrograde Bougierung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk* 1921 *H. 12. S. 1718.*

Nach kurzer Uebersicht über 7 in der Zeit von 1884—1906 publizierte Fälle von spät auftretenden Trachealstenosen bei in der Kindheit wegen Diphtherie tracheotomierten Patienten beschreibt W. folgenden Fall:

20jährige Pat. vor 15 Jahren tracheotomiert, trug die Kanüle durch acht Monate. Seit 3 Monaten langsam steigende Atemnot und Zunahme des Halsumfanges. In der Höhe des 5. Trachealringes zwei gerade, schmale, blassrötliche, sagittal verlaufende Stränge, die sich vorne berühren, hinten 3mm Zwischenraum lassen. Bei kräftiger Inspiration Annäherung derselben. Auf Jodglyzerineinreibungen und Thiosinamininjektionen Schwinden der Beschwerden mit Wohlbefinden durch 4 Jahre. Dann plötzlich auftretende Atemnot, die sofortige Tracheotomie notwendig macht. 1 Monat später Strumektomie mit querer Resektion der Trachea. Quere Trachealnaht mit Entspannungsschnitt unterhalb und Dauerkanüle. Trachea dadurch in nach vorne offenem Winkel geknickt. 2 Wochen später hochgradige Verengerung an der Nahtstelle. Sie wird durch progressive retrograde Dilatation behoben, wobei zuerst Steinsonden in aufsteigender Stärke, dann gekrümmte Hartgummistifte nach Hegar verwendet werden. Einlegen einer besonders konstruierten Störkschen Schornsteinkanüle. Die später verwendeten Hartgummistifte werden zur Erleichterung der Atmung zentral durchbohrt und an der Umbiegungsstelle mit einem seitlichen Schlitz versehen, durch den die Atemluft streichen kann. Diese Behandlung durch 15 Monate, dann Verschluss ohne Plastik. Eine Kontrolle nach $2^1/_2$ Jahren ergibt vollkommen freie Atmung.

W. erklärt die glottisartige Stenose dadurch, dass die Trachea durch die Tracheotomienarbe vorne fixiert ist, wodurch ein sagittaler Zug entsteht; bei gleichzeitigem seitlichen Druck durch die Halsorgane entsteht die Spalte durch Hervortreten der Wand in Faltenform. Durch die Fixation an der Narbe wird die Dreieckform bedingt. — Die retrograde Bougierung hat nach W. mehrere Vorteile, wie leichte Beschaffung des Instrumentariums, Möglichkeit der länger dauernden Anwendung durch die Bohrung und Möglichkeit der Sprache während der Anwendung der Bougie.

SUCHANEK.

156) **Freystadtl** (Béla). **Ueber Trachealblutungen aus Venenektasien.** *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 27. S. 638. 1920.*

Verf. beschreibt 2 selbst beobachtete Fälle. Der erste Fall wurde wegen rezidivierender Hämoptoen jahrelang als lungenkrank behandelt, bis ihm nach richtig gestellter Diagnose eine zweimalige Trichloressigsäureätzung Heilung brachte. Beim zweiten Pat. lag eine ähnliche Krankengeschichte vor, bis die richtige Diagnose Trachealblutung gestellt wurde. Er entzog sich jedoch der Therapie. Es schliesst sich eine eingehende Literaturangabe an. Man soll bei einer Hämoptoe, selbst bei positivem Lungenbefund nie auf eine laryngo-tracheoskopische Untersuchung verzichten, da sie bei geübten Untersuchern keinen stärkeren Hustenreiz auslöst.

R. HOFFMANN.

157) **Charles J. Imperatori** (New York). **Einige Beobachtungen über lokalisierte Lungeneiterung mittels endobronchialer Spülung behandelt. (Some observations on localized pulmonary suppuration treated by endobronchial irrigation.)** *Annals of Otol., Rhin. and Lar. Sept. 1921.*

Verf. berichtet über 7 Fälle von spontan entstandenem Lungenabszess; in 4 Fällen war der Sitz im rechten Mittellappen, in 2 im linken, in 1 im rechten Unterlappen. 5 Fälle starben; von diesen wurden 4 obduziert und erwiesen sich als tuberkulös — die wiederholte Sputumuntersuchung auf Tuberkelbazillen intra vitam war negativ gewesen — in einem Fall handelte es sich um Karzinom mit Tuberkulose. Zwei Fälle sind noch in Behandlung. Die Behandlung bestand in zuerst alle 8, später alle 5 Tage vorgenommener Ausspülung der Abszesshöhle durch das Bronchoskop. Es wurde in den Bronchiolus, aus dem die grösste Eitermenge hervorquoll, physiologische Kochsalzlösung eingespritzt und diese unmittelbar darauf mittels eines Aspirationsrohrs wieder aspiriert; wenn das Spülwasser klar herauskam, so wurde eine Emulsion von Bismuth. subnitr. in Olivenöl eingespritzt. Der Erfolg war: erhebliche Abnahme des Sputums, das seinen fötiden Charakter verlor, Abnahme des Hustens, verbesserter Schlaf, Steigerung des Appetits und Besserung des Allgemeinbefindens. FREUDENTHAL.

158) **H. Marschik** (Wien). **Ueber Trachealresektion und Trachealplastik mit besonderer Berücksichtigung der Querresektion.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 55. Jhrg. S. 776.*

Verf. schildert an Hand von 4 ausführlich beschriebenen Krankheitsfällen Indikationen und Technik genannter Eingriffe. Bei 3 Pat. handelt es sich um Trachealstenosen als Spätfolge einer vor vielen Jahren vorgenommenen Tracheotomie, wobei es zweimal infolge Tracheomalazie und gleichzeitiger Kompressionswirkung seitens tiefliegender Strumaknoten, ein drittes Mal infolge Tracheomalazie und Narbenzuges zu Stenosierung gekommen war. Im vierten Falle bildete ein Trauma mit subkutaner Zerreissung der Luftröhre und seine Folgen die Indikation zu weiteren Eingriffen.

Totale Querresektion bzw. Teilresektion der Trachea mit Anlegen eines Tracheostomas und späterem plastischen Verschluss desselben wurde von Marschik in allen Fällen mit zum Teil sehr gutem Erfolge durchgeführt, über die näheren Einzelheiten bezüglich der Operationstechnik orientiert in äusserst instruktiver Weise die mit Abbildungen versehene Originalarbeit. SCHLITTLER.

159) **M. Paunz** (Budapest). **Ueber Resultate der direkten Laryngoskopie und Tracheobronchoskopie zur Entfernung von aspirierten Fremdkörpern im Kindesalter.** *Orvosi Hetilap. Nr. 24. 1921.*

Vortrag, gehalten in der Sitzung vom 2. April 1921 im königl. Verein der Aerzte. Verf. hat seit 1904 zusammen 78 Kinder und 2 Erwachsene auf diesem Wege behandelt. Eine ausführliche Statistik beleuchtet die Resultate der einzelnen Eingriffe. Gesamtmortalität 10 pCt. POLYAK.

160) **Noltenius** (Bremen). **Seltener Fall von Spontanheilung eines in die Lunge geratenen Tapezierernagels.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 106. S. 253.*

Ein $2^1/_2$ cm langer, im Bronchus 2. Ordnung sitzender Nagel liess sich, da er fest in die Schleimhaut eingebohrt war, auf bronchoskopischem Wege nicht entfernen. Einige Tage später wurde er bei einem starken Hustenanfall ausgehustet.

KOTZ.

161) **Krisch** (Greifswald). **Beitrag zur Behandlung der bronchialen Fremdkörper.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 106. S. 255.*

Eine vier Wochen im rechten Stammbronchus gelegene 3 cm lange Kornähre konnte trotz des Missverhältnisses zwischen Lumenweite und Grösse des Fremdkörpers und trotz bestehender eitriger Bronchopneumonie mittels oberer Bronchoskopie entfernt werden. Meist kommt für derartig gelagerte Fälle nur die untere Methode in Frage.

KOTZ.

162) **L. de Reynier** (Leysin). **Neuer Kehldeckelheber. (Nouveau releveur de l'épiglotte.)** *Schweiz. med. Wochenschr. Nr. 49. 1921.*

Das Instrument (Fischer, Freiburg i. B.) ist ähnlich dem Reichertschen, es ist jedoch bestimmt, ins Kehlkopfinnere eingeführt zu werden; der kleine Spatel, in den es endet, wird direkt auf die Innenfläche der Epiglottis gelegt. Verf. hat sich dieses Instrumentes mit grossem Vorteil bedient, wenn es sich um chirurgische Eingriffe bei Kehlkopftuberkulose handelte.

FINDER.

e II) Stimme und Sprache.

163) **Milan Mihic** (Wien). **Zur Behandlung des Sigmatismus lateralis.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1483. 1921.*

Angabe von 3 Verfahren zur Behandlung des Sigmatismus lateralis, die in der Sternschen Abteilung auf der Klinik Hajek neben der bereits bekannten und erprobten (Gutzmann, Liebmann, Fröschels) zur Verwendung gelangten. 1. Pat. spricht mehrere t hintereinander, wobei die Zungenspitze eine Art Schleuderbewegung machen muss. Wenn die Lippen dabei genügend auseinandergezogen werden (Zähnefletschen), so entsteht ein z-ähnlicher Laut. Von dem z aus ist dann das s leicht zu entwickeln, indem der Druck nachlässt und dem zu bildenden Laut ein mehr blasender Charakter erteilt wird. 2. Die Zungenspitze wird leicht an die unteren Schneidezähne gelegt, die Backenschleimhaut wird an die geschlossenen Zahnreihen angedrückt; sodann werden zur Bildung des s die beiden Mundwinkel nach hinten gezogen und zur Bildung des sch die Lippen rüsselförmig vorgestülpt. 3. Durch „Stents"-Masse werden die seitlichen Zahnbögen und Zahnlücken verschlossen und die so gewonnenen Abdrücke vorn auf der lingualen Seite durch einen Neusilberbügel miteinander verbunden. Die Luft kann dann seitlich nicht mehr entweichen und der Bügel verleiht der Zunge einen Halt. Pat. kann mit dieser Prothese — wie mit der Fröschelsschen — zu Hause üben.

SOKOLOWSKY

164) **Hermann Gutzmann** (Berlin). **Ueber die verschiedenen Formen der inspiratorischen Stimme.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1201. 1921.*

Die inspiratorische Stimme kommt teils willkürlich, teils unwillkürlich zu-

stande. Absichtlich wird sie zuweilen von Kindern aus irgend welchen spielerischen Absichten heraus angewendet, wobei sie dann zu dauernder Heiserkeit führen kann; ferner findet sie noch dort gelegentlich absichtliche Verwendung, wo die exspiratorische Stimme Schwierigkeiten macht, also bei spastischer Dysphonie und namentlich auch beim Stottern (Vokalstottern). Dagegen sind die Fälle der unwillkürlich erzeugten inspiratorischen Stimme sehr selten. Der vom Verf. beobachtete Fall ist deswegen von besonderem Interesse, weil jede Inspirationsbewegung mit Stimme verbunden war, während die Exspiration stimmlos war. Der bei der Inspiration erzeugte Ton war das kleine f. Die Sprache war nicht gestört. Beim Laryngoskopieren ergab sich, dass die Stimmbänder sich bei der Inspiration genau wie bei der Phonation — nur etwas lockerer — aneinanderlegten. Verf. nimmt zur Erklärung eine Schlaffheit der Glottismuskulatur an, so dass dann durch die Inspiration eine Ansaugung der Stimmlippen erfolgte. Von der Selbstbeobachtung ausgehend, dass die inspiratorische Stimme sich sehr viel leichter bei geschlossenem Munde — also bei der Einatmung durch die Nase — als bei geöffnetem Munde hervorbringen liess, wurde die Pat. therapeutisch zu möglichst langsamen Inspirationen bei weit geöffnetem Mund und zugehaltener Nase veranlasst; daran wurden weiterhin tönende Exspirationen in Form von lang ausgehaltenen Vokalen angeschlossen. Die Uebungstherapie hatte — auch bei späteren gelegentlichen Rezidiven — vollen Erfolg.

SOKOLOWSKY.

165) **A. Schär. Phonogrammaufnahmen von Taubstummen.** *Vox. H.4. S.133. 1921.*

9 Platten, auf denen 7mal neben der Sprache eines Taubstummen die eines Hörenden aufgenommen wurde. Sie zeigen deutlich die Eigentümlichkeiten der Taubstummensprache und dienen Demonstrationszwecken und Lehrzwecken und geben neben dem Gesamteindruck der Sprache jedes einzelnen Falles noch genug Einzelheiten zur Beobachtung von Stimme und Lautbildung bzw. deren Stärke, Höhe, Dauer und Farbe. Regelmässig wiederholte Aufnahmen erlauben durch Vergleich die Sprachentwicklung, deren Fortschritte und die Veränderungen in der Lautbildung genauer zu verfolgen.

NADOLECZNY.

166) **W. Heinitz. Die Bewertung der Dauer in phonetischen Aufnahmen.** *Vox. H. 4. S. 153. 1921.*

H. gibt an, wie man aus der absoluten Dauer des einzelnen Lautes und des Lautkomplexes phonetischer Aufnahmen am besten den relativen Dauerwert eines Lautes berechnet.

NADOLECZNY.

167) **W. Heinitz. Können wir sprechen, was wir singen?** *Vox. H. 4. S. 146. 1921.*

Vermittels Grammophon- und Phonographaufnahmen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Infolge inniger Assoziation zwischen Liedtext und Vertonung vermochten die meisten Versuchspersonen solche Texte nicht natürlich zu sprechen. Deshalb sind solche Texte (bei Erforschung fremder Sprachen) linguistisch mit Vorsicht zu behandeln. Die Texte können ihrerseits rein musikalische Ausdrucksformen verändern. Die Pädagogik sollte durch sinngemässes Ausdeuten dichterischer Absichten vor dem Singen der Verballhornung gesprochener Liedtexte vorbeugen.

NADOLECZNY.

168) A. Moll. **Ein Hilfsmittel zur Erlernung des Laryngoskopierens.** Vox. *H. 4. S. 150. 1919.*

Beschreibung von Gipsmodellen, die von A. Moll, Hamburg 36, phonetisches Laboratorium, bezogen werden können. NADOLECZNY.

169) W. Heinitz. **Zur Interpretation von Dauer und Tonhöhe in phonetischen Kurven.** *Vox. H. 5/6. S. 156. 1921.*

H. gibt in Tabellenform die Dauer und Tonbewegung einer phonetischen Erscheinung in Zahlen, die Vergleiche mit anderen Tabellen gestattet, welche nach dem gleichen Verfahren angelegt sind. NADOLECZNY.

170) H. Hentrich. **Ueber die Anwendung experimentalphonetischer Methoden auf die deutsche Mundartenforschung unter besonderer Berücksichtigung einer Entwicklung im Hamburgischen Dialekt.** *Vox. H. 5/6. S. 159. 1921.*

Linguistischer Vortrag, der zeigt, wie die lautliche Erforschung der Mundarten durch die experimentelle Phonetik gefördert und streng wissenschaftlich gestaltet werden kann. NADOLECZNY.

171) H. J. L. Struycken. **Der Doppelmembranapparat.** *Vox. H. 5/6. S. 176. 1921.*

Beschreibung eines Apparates, um die Bewegung einer schwingenden Membran in die Achsenschwingung eines kleinen Spiegelchens zu übersetzen. (Mit Abbildungen.) NADOLECZNY.

172) E. W. Scripture. **A study of emotions by speech inscriptions.** Vox. *H. 5/6. S. 179. 1921.*

Scripture benutzt seinen früher (Vox, S. 16, 1921) beschriebenen Apparat zu Sprachaufnahmen bei verschiedenen Gefühlszuständen (bei gleichgültigem, freudigem und traurigem Antworten). Die Kurven zeigen bei freudiger Erregung stärkere Tonhöhenschwankung, bei Depression mehr Monotonie und bedeutende Verlängerung der Lautdauer. NADOLECZNY.

173) Clara Hoffmann. **Stimmfehler-Phonogramme.** *Vox. H. 5/6. S. 196. 1921.*

Eine Anzahl absichtlich fehlerhaft gesungener und normaler Aufnahmen des Liedtextes „Ich hatt' einen Kameraden" lehrt, dass das Grammophon viele Klänge so gut übermittelt, dass solche Aufnahmen im Gesangsunterricht verwertbar sind. Die Benennungen der verschiedenen Stimmklänge sollte sich nur auf die phonetisch festgestellten Ursachen der Klangveränderung stützen. NADOLECZNY.

174) G. Panconcelli-Calzia. **Verbesserungen an dem Beobachtungskasten für phonetische Kinofilme.** *Vox. H. 5/6. S. 205. 1921.*

Technische Abänderungen an dem bereits 1917 beschriebenen Apparat, die dessen Benutzung erleichtern. NADOLECZNY.

175) Gertrud Heinrich. **Stimmbildungsfragen.** *Stimme. XVI. H. 1/2. Oktober-November 1921.*

Betrachtungen über das Verhältnis der stimmlichen Leistung zur Raumgrösse sowie über das Problem des Stimmansatzes in der künstlerischen Ausbildung der Stimme. Hilfsmittel neben dem Gehör sind Gesichts- und Tastempfindung. NADOLECZNY.

176) **A. Barth. Ueber Stimmbildung nach Prof. Engel, mit Vorführung einer Mädchenklasse durch Lehrer Schaarschmidt.** *Stimme. XVI. H. 1/2. Novbr.-Dezbr. 1921.*

Verf. schildert die verschiedenen Arten schlechter Sprechstimmleistungen: matte belegte Stimme, ungenügende Mundöffnung, gedrückten Klang, flache helle meist harte Stimme, kehligen, heiseren, gequetschten Klang, Näseln (offen und geschlossen), Diplophonie, die allein oder zu zweit beobachtet werden. Ihre Beseitigung geschieht durch Uebungsbehandlung. B. betont die Wichtigkeit der Stimmbildung durchs Ohr, mit Unterstützung durch Auge und Tastsinn, er ergänzt Engels Vorschriften durch Anleitung zu richtigen Atemübungen. Die phantastischen und teilweise unsinnigen theoretischen Lehren der Engelschen Schule kritisiert B. mit Recht, indem er ihnen physiologische Tatsachen gegenüberstellt.

NADOLECZNY.

f) Oesophagus.

177) **Ladwig. Seltener Fall von Oesophagusmissbildung bei einem Neugeborenen.** Med. Sektion der schles. Ges. f. vaterländ. Kultur zu Breslau, Sitzung v. 26. Nov. 1920. *Berliner klin. Wochenschr. Nr. 17. S. 426. 1921.*

Der Oesophagus endet in Höhe der Bifurkation blind. Der kardiale Abschnitt ist vorhanden, er entspringt ungefähr in gleicher Höhe mit dem Oesophagusblindsackende ohne jede Verbindung mit ihm mit seiner ganzen unverjüngten Lichtung aus der Trachea. Speise- und Luftröhrentraktus bilden so einen zusammenhängenden Kanal. Der untere Oesophagusabschnitt setzt sich in die Hinterwand der Trachea fort. Diese stellt sich in ihrer Struktur in bezug auf Muskulatur, drüsigen Anteil und Epithel als eine Oesophaguswand dar. Die Verhältnisse beim vorliegenden Fall sprechen für die Hoffmannsche Theorie von der formalen Genese derartiger Missbildungen.

R. HOFFMANN.

178) **Göppert** (Göttingen). **Das klinische Bild der Oesophagusatresie.** *Münch. med. Wochenschr. Nr. 51. S. 1649. 1921.*

Meist wird der Arzt zu dem Neugeborenen gerufen, weil das Kind bricht, nicht weil es schlecht schlucken kann. Im Mund ist ein Gemisch von Schleim und Milch zu sehen. Verf. berichtet über einen Fall, bei dem die Sektion den Magen mit Milch angefüllt fand, obwohl die Speiseröhre vom Schlund aus nur bis zum Ringknorpel reichte und hier blind endete. Da aber der untere Speiseröhrenteil bis zur Bifurkation sich herauf erstreckte und hier in die Trachea einmündete, konnte die Nahrung auf dem Weg über Kehlkopf und Luftröhre in den Magen gelangen.

KOTZ.

179) **A. Seiffert** (Berlin). **Auffindung des Weges bei hochgradigen Oesophagusstenosen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 11. S. 1634 ff. 1921.*

Für Fälle, die kaum oder nicht bougierbar sind, hat Verf. ein Instrument konstruiert. 0,4 mm dicker Stahldraht, an dessen Ende eine kleine Perle befestigt ist. Um diesen Draht eine Führung zu geben und um das Abknicken des Drahtes zu vermeiden, läuft der Draht durch ein festeres Führungsrohr. Mit dieser Drahtsonde hat Verf. immer den Weg zum Magen gefunden, selbst in Fällen multipler

Stenosen. Ueber den Draht können durchbohrte Oliven von wachsender Stärke geführt werden oder die Perle kann von der Gastrostomiewunde aus mit eigens dafür angegebenem Instrument gefasst und die Bougierung ohne Ende angeschlossen werden.
H. DAHMANN.

180) **Fonio** (Langnau). **Antethorakale Oesophagusplastik.** *Schweiz. med. Wochenschrift. Nr. 58. 1921.*

Atresie der Speiseröhre in Höhe des Thoraxeingangs nach Verätzung mit Kaliumpermanganatpulver vor 10 Jahren. Wurde mehrere Jahre lang in verschiedenen Kliniken behandelt, zuerst mit Erfolg bis eine Mediastinitis mit nachfolgendem Empyem der Sondierungsbehandlung ein Ende machte, worauf sich die völlige Atresie 19 cm von der Zahnreihe einstellte. In 8 Operationsetappen im Laufe von fast einem halben Jahre wurde die antethorakale Oesophagusplastik fertiggestellt. Der Schluckakt ist vorzüglich; die Patientin schluckt alles, sowohl flüssige wie feste Speisen.
FINDER.

181) **R. Hinz. Zur präthorakalen Oesophagusplastik.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37. S. 1089. 1921.*

Die Plastik wurde vor 3 Jahren bei einem Knaben ausgeführt, der 1917, im Alter von $2^1/_2$ Jahren versehentlich Seifenlauge getrunken hatte. Sondierung bzw. Sondierung ohne Ende nach Anlegung einer Kaderschen Magenfistel gelang nicht. Die Operation wurde nach der kombinierten Methode von Roux, Wullstein und Herzen vorgenommen. Jetzt nach 2 Jahren befindet sich der Junge in ausgezeichnetem Ernährungszustand. Er kann alle Nahrung ohne Beschwerden zu sich nehmen. In der Diskussion tritt Kausch für die sofortige Bougierung ohne Ende nach Anlegung der Gastrostomie ein, die bessere Resultate gebe als die antethorakale Oesophagusplastik.
R. HOFFMANN.

182) **Z. v. Lénárt** (Budapest). **Das Verschliessen einer ösophagobronchialen Fistel auf endoskopischem Wege.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1439 ff. 1921.*

Schilderung eines sehr instruktiven Falles, bei dem durch gewaltsame Sondierung einer Oesophagusstriktur eine derartige Fistel entstanden war. Eine beigefügte Röntgenaufnahme illustriert den falschen Weg, den geschluckter Wismutbrei vom oberen Oesophagusabschnitt durch die Fistel, die Lunge und zurück zum Bronchus und zur Trachea nimmt, um dann ausgehustet zu werden. Die spaltförmige Fistel wird durch mehrfaches Einspritzen von Paraffin (hoher Schmelzpunkt) in die Fistelränder geschlossen. Schon über 1 Jahr Heilung bei 12 kg Gewichtszunahme der Patientin.
H. DAHMANN.

183) **Peltason. Zur Röntgendiagnose abnormer Kommunikationen zwischen Oesophagus und Luftwege.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. S. 709. 1921.*

Gegenüber der Sondierung und der Oesophaguskopie bietet das Röntgenverfahren die Vorteile der Leichtigkeit und Schnelligkeit der Ausführung, der Schmerzlosigkeit, der Sicherheit des Ergebnisses ohne besondere Gefahren zur Diagnose von Perforationen aus dem Oesophagus in die Luftwege. Der Einwand, dass durch Ueberlaufen und Aspiration des Kontrastbreies (Baryumaufschwemmung

von 150 g auf 400 g Wasser) die charakteristische Füllung der Bronchialbäume zustande kommt, gilt nur für Fälle mit sensiblen oder motorischen Kehlkopflähmungen und lässt sich durch vorherige Untersuchung des Kehlkopfs ausschalten.

R. HOFFMANN.

184) **E. Erdélyi** (Szegedin). **Ueber die Behandlung der Fremdkörper der Speiseröhre mittels Oesophagoskopie in einem Zeitraum von 12 Jahren.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Suppl.-Bd. S. 1043 ff. 1921.*

Von 54 Fremdkörpern wurden 47 extrahiert, 7 glitten in den Magen. Oesophagotomie oder Gastrostomie war in keinem Fall erforderlich. Verf. gibt dann eine kleine Statistik über die Zahl der Fremdkörper bei Männern, Frauen und Kindern, über die Lage der Fremdkörper in der Speiseröhre, über die Art der Fremdkörper und die Verweilzeit derselben im Oesophagus. Verf. verwirft die blinden Extraktionsversuche (Sonde, Münzenfänger) wie auch das Arbeiten vor dem Röntgenschirm, weil bei diesem Vorgehen der Grad der Einklemmung des Fremdkörpers, Schleimhautdefekte, Granulationsbildung usw. nicht erkannt und berücksichtigt werden. Er begründet diese Ansicht und führt 25 Krankengeschichten an, die das technische Vorgehen bei der Oesophagoskopie und eventueller Nachbehandlung erklären. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Fremdkörperentfernung in Oesophaguskopie unter stetiger okularer Kontrolle gegenüber der Anwendung der blinden Methoden allein zu Recht bestehe.

H. DAHMANN.

185) **Plaut. Verblutungstod nach Verschlucken eines Gebisses.** *Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. S. 1058. 1921.*

Ein 17 jähriges Mädchen verschluckte beim Essen ihr Gebiss. Dasselbe bestand aus einer Gaumenplatte ohne Klammern mit einem Schneidezahn. Acht Tage danach Magensondierung und Röntgenaufnahme. Sonde passiert glatt. Die frontale Röntgenaufnahme zeigte keinen abnormen Schatten. Schmerzen beim Schlucken in der Kardiagegend, die sich aber wieder verloren, nur ein Völlegefühl und Rückenschmerzen blieben zurück, die aber Pat. nicht hinderten, ihre Arbeit wieder auf- und an den Mahlzeiten teilzunehmen. 3 Wochen nach Verschlucken des Gebisses, als abends Patientin gesund zu Bett ging, plötzlich Bewusstlosigkeit und Blutung aus dem Mund, die sich mehrfach wiederholte. Exitus.

Bei der Sektion fand sich das Gebiss 4 cm unterhalb des Ringknorpels. Seine scharfen Seitenränder waren tief in das Gewebe hineingedrückt. Das Gebiss lag mit seiner Wölbung lumenwärts. Auf der Intima der Aorta fand sich eine 2 mm grosse kreisrunde Oeffnung, von der aus eine stricknadeldicke Sonde mühelos in den Oesophagus eingeführt werden konnte.

Auffallend ist die Symptomenarmut des Falles. Dass die Platte, trotzdem sie mit ihrer Konvexität lumenwärts lag, Speisen und Sonde glatt passieren liess, ist nach Pl. so zu erklären, dass der Fremdkörper den Oesophagus erweitert hatte. Röntgenologisch sind Gebissschatten kein dankbares Objekt, deswegen soll immer, wenn der Verdacht auf steckengebliebenen harten Fremdkörper in der Speiseröhre vorliegt, ösophagoskopiert werden.

R. HOFFMANN.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Dr. **L. Katz** und Prof. Dr. **F. Blumenfeld.** Handbuch der spe ziellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftweg 3. vermehrte und verbesserte Auflage. 1. Band, 1. Hälfte mit 285 Abl im Text und auf 151 Tafeln. 1. Band, 2. Hälfte mit 584 Abb. i Text und auf 47 Tafeln. Leipzig 1921 und 1922. Verlag von Ku Kabitzsch.

Dass ein so umfangreiches und dazu für einen verhältnismässig begrenzt Leserkreis bestimmtes Werk in weniger als einem Dezennium drei Auflagen erlel ist ein so seltenes Vorkommnis, dass man dazu Herausgeber, Mitarbeiter und Ve leger in gleicher Weise beglückwünschen darf. Von der dritten Auflage liegt d erste Band in zwei stattlichen Halbbänden vor. Die erste Hälfte enthält den an tomischen Teil, dessen sämtliche Abschnitte die in vielen Einzelheiten bessern Hand der Verfasser verrät. Die topographische Anatomie des Kopfes, sowie d Mundrachens und des Halses sind von Sobotta. Die Anzahl der Tafeln hier die gleiche geblieben, wie in den vorhergehenden Auflagen. Der Text hat b sonders im ersten und zweiten Abschnitt manche Erweiterung erfahren. Herv zuheben ist die wundervolle Klarheit und Uebersichtlichkeit der farbigen Abb dungen auf den (65) Tafeln, die auf der Höhe technischer Vollkommenheit steh

Die Topographie der Nase und ihrer Nebenhöhlen hat den (inzwisch verstorbenen) Budapester Laryngologen Onodi zum Verfasser. Dieses Kapitel in der ersten Auflage etwas unter der allzugrossen Fülle von Abbildungen, v denen eine Reihe Interesse wesentlich nur für den Spezialforscher auf diesem G biete darboten. Durch eine Verminderung der Tafeln, von 91 auf 53 hat die Art für den Praktiker erheblich gewonnen, zumal die Zahl der Abbildungen auch je noch so reichlich ist, wie wohl in keinem zweiten derartigen Werk.

Auch die topographische Anatomie des Gehörorgans von Stenger aufs sorgfältigste durchgearbeitet und um einen Abschnitt von „Topographie Gehörorgans zu den Hirnnerven und zum Gehirn" mit einer Reihe von Abbildun im Text sowie um zwei Tafeln (Fazialisverlauf und Topographie des Gross- u Kleinhirns) vermehrt.

Den Schluss des Halbbandes bildet ein Kapitel über den Lymphgefä apparat des Kopfes und des Halses von Most. Dieses Gebiet wird hä viel zu sehr vernachlässigt und in seiner grossen Bedeutung für den Praktiker wenig gewürdigt. Die gegen früher noch erweiterte und um einige lehrreiche A bildungen vermehrte Darstellung sei daher der Aufmerksamkeit besonders empfohl vor allem die ausserordentlich feinen und übersichtlichen Tafeln, welche den V lauf und die Verteilung der Lymphgefässe und Drüsen auf die einzelnen Vers gungsgebiete darstellen.

Wesentlich grösser sind die Umgestaltungen, die der zweite Halbband fahren hat, mit dem der klinische Teil des Gesamtwerkes beginnt. Zwischen ersten und der dritten Auflage — die zweite war ein gegenüber der ersten wenig veränderter Neudruck — liegt der Weltkrieg, der für ein vorwiegend chirurgischen Behandlung gewidmetes Werk von grundlegender Bedeutung s

musste. In den ersten, mehr allgemeinen Kapiteln kommt dies weniger zum Ausdruck als in den späteren, speziellen. So hat die Arbeit von Isemer, Stauungstherapie, im ganzen nur redaktionelle Aenderungen erfahren. Auch die ausgezeichneten Grundsätze der allgemeinen Anästhesie von R. Haecker erscheinen in wenig veränderter Form. Die lokale Anästhesie des Halses und der Nase von Paul Heymann ist beträchtlich erweitert und, entsprechend den in der Zwischenzeit gesammelten Erfahrungen vervollständigt. Die Lokalanästhesie am Ohr von Voss war in der ersten Auflage nur kurz dargestellt. Inzwischen hat dieselbe gerade auf diesem Gebiet sehr erhebliche Fortschritte gemacht. Entsprechend haben wir in der Vossschen Arbeit ein ganz neues Kapitel vor uns mit genauester, durch zahlreiche Abbildungen unterstützter Methodik.

Röpke hat das von ihm mit grosser Sorgfalt bearbeitete Kapitel über „Begutachtung Operierter“ durch einen Abschnitt „Anleitung zur Begutachtung Kriegsdienstbeschädigter“ zeitgemäss erweitert.

Die „Behandlung der Stenosen“ hatte in den vorhergehenden Auflagen den verstorbenen Pieniazek zum Verfasser. Die Neubearbeitung hat Thost (Hamburg) übernommen, dessen Name ja mit dem in Rede stehenden Gebiet aufs engste verknüpft ist. Verf. weist darauf hin, dass die Stenosen der Nase und des Nasenrachenraums an anderen Stellen des Werkes behandelt werden und beschränkt sich auf diejenigen des Kehlkopfes und der Luftröhre. Durch seine grossen Erfahrungen und wegweisenden Arbeiten war er für die übernommene Aufgabe wohl der berufenste, die er denn auch in sehr ausführlicher und vollständiger Darstellung löst. Diese Darstellung ist keine trockene Aufzählung der Methoden, sondern trägt, ohne fremde Verdienste zu verschweigen, einen durchaus subjektiven Charakter. Das Studium der Arbeit, aus welcher die persönliche Erfahrung aus jeder Zeile spricht, ist zugleich lehrreich und genussreich. Besonderer Beachtung sei das Kapitel über „Kanülen“ empfohlen, das mit einer Reihe eingewurzelter Vorurteile energisch und temperamentvoll aufräumt. Die Anatomie, die Entstehungsursachen, die verschiedenen Formen, die blutige und unblutige Behandlung der Stenosen, sowie auch die Stenosen durch Kriegsverletzungen werden eingehend geschildert. Als Anhang begegnen wir einer Arbeit von Pieniazek, „Die Dilatation bei Nichttracheotomierten“ und die Behandlung der Stenosen der Luftröhre und der Bronchien bei Tracheotomierten. Hierin besonders eingehend die Behandlung von Skleromkranken.

Es folgen als Abschnitt V die kosmetischen Operationen.

In den früheren Auflagen hatte Port die Prothesen bearbeitet; für den Verstorbenen ist O. Loos (Frankfurt) eingetreten. Eine Anzahl der früheren Abbildungen sind mitbenützt, im ganzen liegt jedoch eine völlige Neubearbeitung vor, bei der die Kriegserfahrungen wesentlich mitberücksichtigt wurden.

Die „korrektive Nasen- und Ohrenplastik“ ist von Jacques Joseph. In seiner heutigen Vollendung hat Verf. dieses Gebiet bekanntlich eigentlich erst geschaffen. Entsprechend beruht die Darstellung durchaus auf eigenen Erfahrungen. Zumeist sind es selbst erfundene Methoden, die in anschaulichster Form zur Darstellung kommen; die zahlreichen Abbildungen entstammen ausnahmslos eigenen Beobachtungen. Den Kriegserfahrungen, die ja

gerade hier so viele neue Wege öffnete, ist durch einen Abschnitt über „Nas
defektplastik" Rechnung getragen.

Auch Stein, der Verfasser des Kapitels über die „Paraffintherapie
bewegt sich auf einem von ihm selbst besonders ausgebauten Boden. Die ve
schiedenen Methoden, Instrumentarien, Technik, die Gefahren und Komplikation
darunter besonders eingehend das „Paraffinom", sind im allgemeinen Teil au
führlich behandelt. Im speziellen Teil ist der Abschnitt über Paraffinbehandlu
der Ozäna wesentlich erweitert, die Paraffinbehandlung der Rekurrenslähmu
sowie diejenige von Kriegsverletzungen sind neu hinzugekommen.

In der vortrefflichen, umfangreichen Arbeit von Bockenheimer, „Pla
tische Operationen" begegnen wir zunächst einem sorgfältigen allgemei
Teil, in dem die Grundzüge der plastischen Operationen methodisch dargest
sind. Nirgendwo ist es bekanntlich für den Erfolg des Eingriffs so wichtig, :
technischen Einzelheiten und anscheinenden Kleinigkeiten restlos zu beherrsch
wie gerade auf dem Gebiete der operativen Plastik. Hier ist für den Studieren
die Darlegung von Bockenheimer ein trefflicher Führer. Der spezielle Teil
sehr vollständig überall den neueren Erfahrungen entsprechend ausgebaut, in
Abschnitten über Rhinoplastik und Auroplastik, für die der Krieg — wie
plastische Operationen überhaupt — ein so weites Betätigungsfeld eröffnete,
allem durch Berücksichtigung der von Jacques Joseph angegebenen Method
soweit sie in dem von Joseph selbstbearbeiteten Kapitel nicht enthalten si
Auch das in den früheren Auflagen etwas kurz geratene Literaturverzeichnis
vervollständigt und stark erweitert.

An Stelle von A. Kuttner hat W. Pfeiffer (Frankfurt) das Kapitel ü
die Röntgenuntersuchung bei Erkrankungen des Ohres und der Luftw
übernommen. Seit der Erstbearbeitung ist ein ganz neues Instrumentarium
standen, die Erfahrungen haben — vor allem wiederum durch den Krieg — :
ausserordentlich erweitert, die Technik wurde in hohem Masse umgestaltet. I
sprechend ist das Kapitel völlig neu gestaltet. Anstatt der 16 Seiten in der er
Auflage umfasst es jetzt 57, mit reichlichen Abbildungen im Text und auf Taf
eine zuverlässige methodische Anleitung auf diesem wichtigen und schwieri
Gebiet.

Neu gegenüber den früheren Auflagen ist ein Kapitel über Strahl
therapie des Ohres und der oberen Luftwege" von Albanus. Die gr
Bedeutung und Verbreitung, welche diese Behandlungsmethoden bei chirurgisc
Erkrankungen gewonnen haben, und voraussichtlich noch weiter gewinnen wer
verlangte eine gesonderte Darstellung. Albanus ist der übernommenen Aufg
bei seiner reichen Erfahrung mit Geschick und vor allem auch mit der nöt
Kritik, gerecht geworden. Die verschiedenen Formen der Lichtbehandlung, so
die Röntgen- und Radiumbehandlung mit ihren Abarten erfahren ihre Würdig
und entsprechende Schilderung der Technik. Die Literatur ist sehr vollstän

Die bewährte Arbeit von Edmund Meyer, „Die phlegmonösen E
zündungen der oberen Luftwege", entspricht im ganzen der Darstellung
den früheren Auflagen, doch sind auch hier die seitdem gewonnenen Erfahrun
überall berücksichtigt. Zu solchen Erfahrungen gaben vor allem die Grip

epidemien der verflossenen Jahre Gelegenheit, auf deren Folgeerscheinungen hinzuweisen, Verf. verschiedentlich Veranlassung hat.

Den Schluss des Bandes bildet Kissling, Die septischen Erkrankungen. Neben den allgemeinen Ausführungen finden wir hier eine kurze Klinik der septischen Erkrankungen der oberen Luftwege (Anginen, Diphtherie, Plaut-Vincent usw.) sowie eine Schilderung der otogenen Sepsis.

Man darf das vorliegende Werk unbedingt als eine hervorragende Erscheinung bezeichnen. Auch Papier, Druck, vor allem das ausserordentlich reichliche und technisch vollkommene Bildermaterial im Text und auf den Tafeln lassen die Ungunst der Zeit nicht erkennen. Es ist erfreulich, dass deutsche Tüchtigkeit durch solche Dokumente den Nachweis unverminderter Lebenskraft allen Schwierigkeiten gegenüber zu erbringen vermag. Kronenberg.

---

b) **Arthur Knick.** Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Aerzte Deutschlands.

In der Reihe der vom Verband der Aerzte Deutschlands herausgegebenen Bücher für Fortbildung und Praxis wurden die Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten von Knick bearbeitet. Das Buch enthält in gedrängter Form das für den Praktiker Wissenswerte unseres Faches. Die Darstellungsweise des Verf. ist klar. Er schildert die Symptome der einzelnen Krankheiten jedesmal an der Hand von typischen, kurzen Krankengeschichten. Er hebt damit das Wesentliche von Anamnese, Befund und Therapie heraus. Den grossen Nachteil aller kurz gefassten Lehrbücher und Kompendien, das Zurücktreten einer klaren Schilderung hinter der vorgeschriebenen Kürze, hat der Verf. manchmal nicht zu vermeiden gewusst. So hat er der „Ménièreschen Krankheit" nur 9 Zeilen eingeräumt. Die Abbildungen des Buches sind durch ihre Kleinheit manchmal schlecht übersichtlich und bei einer Neuauflage des Buches müsste an ihnen manches verbessert werden. Der Abschnitt über „Labyrintherkrankungen" ist mit besonderer Liebe behandelt. Hierin finden sich die eigenen Ansichten des Verf. in kurzer, aber sehr einleuchtender Form und dieser Abschnitt ist nicht nur für den praktischen Arzt, sondern besonders für den Facharzt lesenswert. Das Buch ist geeignet, dem praktischen Arzt manche nützliche Winke zu geben und auch der Facharzt wird es gern zur Hand nehmen. Güttich (Berlin).

---

c) **Kurt Singer.** Leitfaden der Neurologischen Diagnostik. Eine Differentialdiagnose aus dem führenden Symptom für praktische Aerzte und Studierende. Mit 33 Abb. Urban & Schwarzenberg.

Die Absicht des Verf. ist: „zu zeigen, wie man aus der Erkenntnis, Verwertung und Abgrenzung eines Symptoms oder eines dominierenden Symptomenkomplexes zu einer konkreten diagnostischen Schlussfolgerung kommen kann". Man muss zugeben, dass ihm diese Absicht gelungen ist; das Buch zeichnet sich durch bemerkenswerten Blick für das Wesentliche aus und kann auch dem Laryngo-Rhino-Otologen gute Dienste leisten. Allerdings wird dieser es sozusagen in umgekehrtem Sinne gebrauchen wie der Allgemeinpraktiker: Wenn letzterer im

konkreten Falle zu einer neurologischen Diagnose nicht gelangt, wird er bei vielen Leiden, insbesondere solchen, die sich im Bereiche bestimmter Hirnnerven abspielen, auf die Hinzuziehung eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten durch die Andeutungen des Buches hingewiesen. Wenn sich der gleiche Fall jedoch nach Erschöpfung unserer feinen spezialistischen Untersuchungsmethoden zuträgt, werden unsere Fachgenossen mit recht grossem Nutzen auf neurologische Grundlagen, Möglichkeiten und Untersuchungsmethoden aufmerksam gemacht. Sensibilitätsstörungen, Lähmungen, ganz besonders Anomalien im Trigeminusgebiet, Tumor cerebri, Schwindel, Sprachstörungen sowie das grosse Gebiet der Hysterie seien als Beispiele dafür herausgegriffen, dass Singers Leitfaden auch für die Laryngo-Otologen geschrieben ist. Beim Kopfschmerz beschränkt sich Verf. auf sehr kurze Andeutungen, die Nebenhöhlenerkrankungen betreffend; diese scheinen mir aber in ihrer Prägnanz eindrucksvoller als längere Ausführungen und sind geeignet, schädliche diagnostische Versuche mit untauglichen Mitteln zu verhindern. Ebenso wendet er bei den Augenmuskellähmungen die Möglichkeit der oto- oder rhinogenen Entstehung zweckentsprechend an. Das Buch kann schliesslich auch als gutes Repetitorium der Neurologie für solche Praktiker aufgefasst werden, die sich dies Gebiet gelegentlich einmal wieder im Zusammenhange vergegenwärtigen wollen. A. Peyser.

---

d) Wiener laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. März 1920.

Vorsitzender: Hajek.

Menzel stellt 1. einen 52 jähr. Mann vor mit erheblichen durch eine retrosternale Struma hervorgerufenen Stauungserscheinungen: Fingerdicke Venen auf der linken Brustseite, enorme Verdickung der Uvula, Hinterwand des Larynx geschwollen. Tracheoskopie zeigt Verdrängung der Trachea nach rechts und Verengerung des Lumens durch starke Vorwölbung hauptsächlich der linken Trachealwand. Röntgenaufnahme ergibt einen retrosternalen Tumor; beide Schilddrüsenlappen stark vergrössert, Gesicht gedunsen, untere Lider ödematös. M. erachtet die Vergrösserung der Uvula und die Schwellung der Larynxschleimhaut als durch chronische, jahrelange Stauung bedingt, er bezeichnet sie als eine Art „Elephantiasis der Schleimhaut". Die Struma ist in letzter Zeit auffallend gewachsen; M. hält es nicht für ausgeschlossen, dass dies auf maligner Basis erfolgt sei.

Kofler hat öfter bei grossen, insbesondere retrosternalen Strumen, infolge Stauung starke Wulstung der Schleimhaut über den Aryknorpeln gesehen; es kam zur Bildung von beweglichen, polypenartigen ödematösen Wülsten der Schleimhaut. Diese chronischen Stauungsödeme bilden sich nach der Strumektomie spontan zurück.

2. Amyloidablagerungen in der Schleimhaut der Lippen, der Zunge, des Rachens und der Tonsillen.

20 jähriger Mann. In der Mitte der Unterlippenschleimhaut eine fünfkronenstückgrosse, blassrote, grobgranulierte, beim Umstülpen einzelne gelblichweisse

Höckerchen aufweisende nicht exulzerierte Effloreszenz, deren Konsistenz derb und die nur wenig über das Niveau der Umgebung erhaben ist; eine ähnliche Partie auf der linken Seite der Oberlippe. Die ganze Zunge mässig geschwollen, hart infiltriert, stark gerötet, die Oberfläche glatt, der Papillen mehr oder weniger beraubt. An ihrem rechten Seitenrande eine eingesunkene grau verfärbte Narbe, offenbar nach einer Ulzeration. Die Beweglichkeit der Zunge ist eingeschränkt. Am Zungengrunde 2längliche, streifenförmige parallel zur Längsachse der Zunge orientierte Nekrosen des oberflächlichen Zungengewebes von scharfer unregelmässiger Begrenzung. Diese Partien weisen einen grüngrauen festhaftenden Belag auf. In den nahe der Vallekula gelegenen Teilen des Zungengrundes ist eine Reihe von blassroten bis gelblichen, nicht sehr scharf abgegrenzten nur wenig über das übrige Niveau erhabenen Plaques.

An den vorderen Gaumenbögen gelblichweisse über das Niveau beträchtlich erhabene vollkommen kreisrunde in der Mitte gedellte nicht exulzerierte Papeln von etwas über Hanfkorngrösse, in nächster Nähe der Uvula einige perlschnurartig nebeneinanderliegende, etwas kleinere blassrosa gefärbte halbkugelige Effloreszenzen. An beiden nicht vergrösserten Tonsillen finden sich wachsgelbe, durchscheinende, von vollkommen reaktionslosen Partien umgebene Anteile. Die mikroskopische Untersuchung eines von der rechten Tonsille exzidierten Stückes ergab den seltenen Befund einer lokalen mit Atrophie des lymphatischen Gewebes einhergehenden Amyloidablagerung.

Innere Untersuchung ergab nichts Wesentliches; Wassermann negativ; Blutbefund normal. Der Fall weist gegenüber den bisher publizierten einige Besonderheiten auf: Die bisher publizierten Fälle waren in der Mehrzahl jenseits der 40 gelegen; ferner ist nach der Publikation von Pollack (Zeitschr. f. Rhino-Laryngol. 1919) ein Hauptmerkmal der Amyloidtumoren, dass sie in der Regel schmerzlos verlaufen und nicht exulzerieren. Im vorliegenden Fall bestanden Schluckschmerzen, als deren Ursache sich Nekrosen am Zungengrund feststellen liessen; unter sämtlichen Fällen Pollacks findet sich keiner, in dem die Tonsillen beteiligt sind.

Hofer hat 1918 in der Wiener Ges. f. Aerzte einen sehr schweren Fall demonstriert, der eine 24 jährige Frau betraf. Hier waren Wangenschleimhaut, weicher Gaumen, Tonsillen und Zungengrund ergriffen und von eng gestellten Amyloidknoten förmlich gepflastert. Auch im Larynx bestand gleichzeitig die Affektion in Form eines umschriebenen Knotens.

Schlemmer hat ebenfalls 1914 in dieser Gesellschaft einen Fall von lokaler Amyloidose der Schleimhaut der oberen Luftwege vorgestellt.

3. Seltene Form einer akuten Kokainvergiftung.

Es handelte sich um einen schwächlichen 16 jährigen Jungen, bei dem die submuköse Septumresektion gemacht werden sollte. Es wurde zunächst die Schleimhaut der linken Septumseite bepinselt und zwar wesentlich intensiver als die rechte. Als M. eben Novokain unter die Schleimhaut spritzen wollte, bemerkte er eine Ptosis des linken oberen Lids. Bei näherer Untersuchung fand sich eine nahezu vollständige Ophthalmoplegia externa und interna des linken Auges. Pat. war auch etwas kollabiert, so dass die Behandlung unterbrochen werden musste.

Unter Novokainanästhesie konnte dann die Operation zu Ende geführt werden. Nach einer halben Stunde war die Ophthalmoplegie verschwunden.

Glas demonstriert 1. eine Pat. mit diffuser gummöser Infiltration des Kehlkopfs. Vor 15 Jahren Schmierkur, zunehmende Heiserkeit und Atemnot. Infiltration der Epiglottis, der Intraarytaenoidregion, der Stimm- und Taschenbänder, sich auf die subglottische Gegend erstreckend. Stenose objektiv sehr gross, jedoch traten stärkere stenotische Anfälle nur bei hinzukommendem Katarrh auf. Wassermann negativ.

Fein bezweifelt die Diagnose „gummöse Infiltration“ und schlägt Probeexzision vor.

Kofler rät zur Kutanreaktion auf Lues.

Hajek: Die Diagnose hat manches für sich, ist aber nicht gesichert. Therapeutisch kommt vorläufig nur die Tracheotomie in Betracht.

2. Zwei Fälle von Haarzunge, die scheinbar akut entstanden und unter entsprechender Therapie verschwanden bzw. sich wesentlich besserten.

Heindl, Hajek und Fein bezweifeln die akute Entstehung der Affektion; dieselbe hat höchstwahrscheinlich unbemerkt schon lange Zeit bestanden.

Kofler hat öfters, besonders nach Tonsillektomien, Haarzunge auftreten sehen; sie ist meist der Ausdruck eines chronischen oder akuten Reizzustandes.

Fein: Dass ein haarartiger Zungenbelag nach Tonsillenoperationen rasch entsteht, ist leicht zu erklären. Er tritt immer dann auf, wenn der Schluckakt schmerzhaft ist und die mechanische Scheurung der Zunge durch derbe Nahrung fehlt; er nimmt aber nicht die Dimensionen an, wie in den beiden von Glas vorgestellten Fällen.

Leipen demonstriert Präparat von plaquesförmigem Tumor am rechten Zungenrand.

G. Hofer stellt einen Fall vor von Nasenplastik.

Traumatische Sattelnase; subkutanes Einpflanzen eines Tibiaspans vom Vestibulum nasi aus. Gutes Resultat.

Marschik: Radikaloperation der Kieferhöhle nach Marschiks Modifikation.

Die Methode wurde an einem Fall im Jahre 1913 demonstriert und 1914 im ersten Heft der Zeitschr. f. Mund- und Kieferchirurgie veröffentlicht. Vortr. wurde bei der Ausarbeitung derselben von der Erfahrung geleitet, dass bei der üblichen Radikaloperation nach Luc-Caldwell das nach Resektion der unteren Muschel stehenbleibende hintere Ende, bzw. hintere Drittel der Muschel sehr häufig hypertrophiert oder ödematös wird und daher oft nachträglich entfernt werden muss, so dass dann schliesslich von den für die Durchwärmung und Durchfeuchtung der Inspirationsluft so wichtigen Schwellkörpern der unteren Muschel nahezu nichts übrig bleibt. Die Modifikation besteht nun darin, diese Schwellkörper dadurch zu erhalten, dass nach Ausräumung der Kieferhöhle die untere Muschel nur am vorderen Ende abgetrennt, dann aber der ganze Knochen der medialen Kieferhöhlenwand und der unteren Muschel subperiostal ausgelöst wird. Der nun noch an der Basis und am hinteren Ende hängende Weichteilüberzug der lateralen Nasenwand wird nun entfaltet und in seiner Gänze zur Austapezierung des Bodens und der

Seitenwand der ihres mukoperiostalen Ueberzuges beraubten Kieferhöhle verwendet.

Demonstration eines solcherart vor 14 Tagen operierten Pat. sowie der Abbildungen der vorerwähnten Publikation, die den Gang und das Wesen der Operation verständlich darstellen. Demonstration der operierten Kieferhöhle mit dem Salpingoskop nach Valentini-Hofmann, mit dem sich die ganze Kieferhöhle gut ableuchten lässt und so die Wundheilung und Vernarbung sowie eventuelle Rezidiveiterungen feststellen lassen, wie die Erfahrung der Klinik schon mehrfach gezeigt hat.

Hirsch: Wenn man bei einer Kieferhöhlenradikaloperation die untere Muschel erhalten will, so wähle man die Methode Denker. Denn der Ueberzug der unteren Muschel lässt sich nur an der konkaven Seite des Muschelknochens leicht abheben, während der Schwellkörper der Muschel an der konvexen Seite innig mit dem Knochen zusammenhängt, so dass bei dessen Abpräparieren ein Teil des Schwellkörpers am Knochen zurückbleibt.

Hajek: Die Entfernung der unteren Muschel gehört nicht zur Regel, ihre teilweise Resektion ist nur dann angezeigt, wenn ansonsten eine ausgiebige Kommunikation mit der Kieferhöhle bei der Operation nicht zustande kommt. Nur für diese Fälle, wo eine ausgiebige Resektion unvermeidlich ist, wollen wir den Verlust von Schwellgewebe der unteren Muschel dadurch paralysieren, dass wir dasselbe in die Kieferhöhle hineintamponieren.

Hirsch: Nach den Ausführungen des Herrn Hajek soll die Erhaltung des Muschelüberzuges nur für ganz bestimmte Fälle Geltung haben. Dagegen wäre nichts einzuwenden, ich habe nur meine Bedenken geäussert, den Vorschlag des Herrn Marschik als gangbare Normalmethode anzunehmen.

Kofler: Ich entferne bei der Radikaloperation stets nur das vordere Drittel der unteren Muschel samt dem Knochen und glaube, dass es viel einfacher ist, in jenen wenigen Fällen, bei denen es nach dieser Resektion später einmal zu Hypertrophie des hinteren Teiles der unteren Muschel kommt, diese Hypertrophie in entsprechendem Masse, d. h. in Berücksichtigung der notwendigen Enge der Nase, abzutragen.

Schlemmer: Radikaloperation nach Riedel vor 7 Jahren. Osteoplastische Deckung des Defekts vom linken Darmbeinkamm.

In den letzten Monaten haben wir an der Klinik bei mehreren Pat., denen ein oder mehrere Jahre vorher eine Stirnhöhle radikal nach Riedel operiert wurde, den sehr störenden kosmetischen Zustand dadurch wieder behoben, dass wir plastische Operationen vornahmen.

Zuerst haben wir Rippenknorpelstücke zur freien Transplantation verwendet und hat Marschik, Hofer und ich je einen Fall auf diese Weise in kosmetisch befriedigender Weise operiert. Weil nun hierbei die Gefahr einer pulmonalen Komplikation liegt und die Möglichkeit jedenfalls diskutabel ist, dass auch pleurale Komplikationen eintreten können, hat Hajek gewünscht, dass künftighin das Transplantat vom Darmbeinkamm gewählt werde.

Der vorgestellte Pat. ist der erste, bei dem wir an der Klinik diese Operation ausführten. Ich habe im Januar 1913 bei ihm die bis ins Kapillitium reichende

linke Stirnhöhle deshalb nach Riedel operiert, weil ich bei der Tiefe und seltenen Geräumigkeit der Höhle — sie reichte lateral bis ins Os zygomaticum — der Meinung war, dass die Killiansche Methode sicherlich keine radikale Ausheilung herbeiführen könne.

Marschik hat dann im Mai 1913 die rechte Stirnhöhle nach Killian operiert — die Höhle war kleiner und die Verhältnisse durchaus günstigere — und bis zum heutigen Tage Heilung erzielt.

Heute vor 14 Tagen habe ich nun bei dem 29jährigen Pat. die plastische Operation gemacht. Zuerst wurden die Weichteile der Stirn durch einen entsprechenden, leicht bogenförmigen Schnitt nahe der Haargrenze nach abwärts scharf abpräpariert und dann die Tasche mit Jodoformgaze vorderhand austamponiert.

Nun wurde der linke Darmbeinkamm freigelegt und ein entsprechend grosses Stück mit einem breiten Meissel abgeschlagen.

Dieses Stück wurde nun mit kleineren Meisseln dem Defekt entsprechend geformt, so zwar, dass mehrere Knochenstücke den Defekt ausfüllten.

Hernach wurde der Stirnweichteillappen ganz exakt linear vernäht und zuletzt die Wunde über dem Darmbeinkamm drainiert und in Etagen vernäht.

Ich musste 2 Tage später über der Stirn eine winzige Inzision machen, um das angesammelte Hämatom abzulassen. Dann aber wiederholte es sich nicht mehr und es erfolgte eine kosmetisch ausserordentlich befriedigende Prima intentio.

Hanszel.

---

e) Section of Laryngology Royal Academy of Medicine.

Juni 1921.

Vorsitzender: Sir William Milligan.

Thomas Guthrie: Mikroskopische Präparate von drei Fällen blutender Polypen der Nasenschleimhaut.

Die Tumoren sind in ihrem histologischen Bau völlig analog den sog. „blutenden Septumpolypen“, jedoch hatte der erste seinen Ursprung von dem vorderen Ende der unteren Muschel, der zweite nach oben von der Aussenwand des Naseneingangs nahe dem Uebergang von der Schleimhaut zur Haut und der dritte von der mittleren Muschel.

L. G. Shattock: Modell zur Demonstration der Art, wie der Sakkulus des Ventrikels durch den beim Husten verursachten negativen Druck evertiert wird.

Irwin Moore hat nachgewiesen, dass es nur drei authentische Beispiele für Eversion des Sakkulus gebe, einen Fall von Uchermann, ein Präparat von Morell Mackenzie im Golden Square-Museum und eines von Moxon in Guy's Hospital; gewöhnlich wird diese Eversion des Sakkulus verwechselt mit dem sog. „Prolaps des Ventrikels“, der augenscheinlich besteht in einer Vorwölbung des Ventrikelbodens als Folge eines entzündlichen Oedems oder einer chronischen Verdickung.

Shattock stellt die Behauptung auf, dass die Eversion des Sakkulus zustande komme durch den negativen Druck bei heftigem Husten. Der effektive Schluss der Glottis, der dem Husten vorangeht, findet statt von seiten der Stimmlippen; eine Annäherung der Taschenlippen kann nur eine Begleiterscheinung sein, insofern sie nicht mit Muskeln versehen sind. Wird die Glottis beim Husten plötzlich geöffnet, so bläst die befreite Luft durch den Ventrikel und das Orifizium des Sakkulus; der oft wiederholte negative Druck kann zuerst zu einem gewissen Grad von Lockerung der Anhaftung des Sakkulus und schliesslich zu dessen Eversion führen.

Das Modell, das S. konstruiert hat, besteht aus einem Gummirohr von der Grösse der Trachea, nahe dem oberen Ende ist in dessen Seite ein ovaler Schlitz horizontal eingeschnitten, über dem das kurze Ende eines dünnen Gummifingers fixiert ist; jedesmal wenn durch das Rohr geblasen wird, kollabiert der Handschuhfinger, indem er durch den negativen Druck nach innen gezogen wird. Wird das distale Ende des Rohres verschlossen, so dass der Druck positiv ist, so wird der Finger bis zum Bersten gedehnt oder er wird von dem ovalen Schlitz, über dem er fixiert ist, fortgeblasen.

H. Lawson Whale: Akzessorische Schilddrüse im Oesophagus.

58jährige Frau, die angibt, sie habe eine Fischgräte im Halse sitzen. Untersuchung mit dem Brüningsschen Rohr zeigte keinen Fremdkörper, dagegen in Höhe der zweiten dorsalen Zwischenwirbelscheibe eine himbeerförmige kirschgrosse Geschwulst, die an einem breiten Stiel befestigt war. Die Geschwulst bestand aus reinem Schilddrüsengewebe.

Sir James Dundas-Grant: Lähmung des linken N. recurrens infolge von Druck durch Mediastinaldrüsen.

49jährige Frau seit 2 Jahren heiser nach Influenza. Linke Stimmlippe in Kadaverstellung. Röntgenstrahlen zeigten alte Fibrosis beider Spitzen, zahlreiche Mediastinaldrüsen, aber kein Anzeichen von Aortenaneurysma.

(Nach dem offiziellen Bericht.)

IV. Briefkasten.

Die diesjährige Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte wird am 1., 2. und 3. Juni unter dem Vorsitz von Herrn Sanitätsrat Dr. Rudolf Panse (Dresden) in

Wiesbaden

stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen sind an den Schriftführer: Professor Dr. Otto Kahler (Freiburg i. B.), Karlstr. 75, zu richten.

In Prag starb der ausserordentliche Professor der Laryngologie Viktor Guttmann.

Prof. Brüggemann (Giessen) ist zum Nachfolger von Eickens berufen worden.

Namen-Register

des Jahrgangs 1921*).

A.

B.

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publikationen des Betreffende[n], die dünn gedruckten auf Zitate, Diskussionen usw. — Die in ( ) befindliche[n] Seitenzahlen beziehen sich auf den Jahrgang 1922, Heft 1, 2, 3.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

Y.

Z.

Sach-Register

des Jahrgangs 1921*).

A.

*) Die in ( ) befindlichen Seitenzahlen beziehen sich auf den Jahrgang 1922, Heft 1, 2, 3.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06274 1296